

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Yves SAUTTER

Né le 26 avril 1911 à Nîmes (Gard)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

No **400**

Contribution à l'Étude
du

DRAINAGE ET DE LA PÉRITONISATION
APRÈS HYSTÉRECTOMIE POUR FIBROME

(Travail du Service de la Clinique Chirurgicale
de la Salpêtrière, Professeur A. GOSSET)

Président : M. GOSSET, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1938

004

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Yves SAUTTER

Né le 26 avril 1911 à Nîmes (Gard)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'Etude

du

**DRAINAGE ET DE LA PÉRITONISATION
APRÈS HYSTÉRECTOMIE POUR FIBROME**

(Travail du Service de la Clinique Chirurgicale
de la Salpêtrière, Professeur A. GOSSET)

Président : M. GOSSET, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1938

LE DOYEN : TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie.....	ROUVIÈRE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	Robert DEBRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive.....	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANCON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin), Hydrologie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLJARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 DE GENNES.... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU.. Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LARVIER..... Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiâ-
 trie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgic.
 LE LORIER.... Obstétrique.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ALAJOUANINE Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 FONZELOT Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 LILIAN Clinique médicale.
 PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.

MM.
 SEZARY Clinique médicale.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROCCO Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE..... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 RUPPE..... Stomatologie.
 WEILL-HALLE ... Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GOSSET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'INSTITUT

GRAND OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

En témoignage de mon respectueux attachement et de ma profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse et pour le précieux enseignement que j'ai recueilli dans son service.

A MON MAITRE

M. le Professeur agrégé P. BROcq

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BICHAT
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En témoignage de ma profonde
gratitude.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur GIRODE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL TENON

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En reconnaissance de l'intérêt
qu'il a bien voulu me témoigner.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur M. BOPPE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Pour le remercier de tout ce qu'il
m'a appris.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur Robert MONOD

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BEAUJON-CLICHY

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Pour l'accueil si bienveillant qu'il
m'a toujours réservé.*

A Monsieur le Docteur J. GOSSET

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

*Qui a inspiré ce travail et m'a guidé
de ses conseils, en témoignage de ma
profonde gratitude pour la particu-
lière bienveillance qu'il m'a toujours
accordée depuis le début de ma vie
hospitalière.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE :

1929-1930 M. le Professeur ACHARD

M. le Professeur HARTMANN

1930 M. le Professeur RATHERY

EXTERNAT :

1931 M. le Professeur Pierre DUVAL

1932 M. le Docteur H. DUFOUR

1933 M. le Professeur ABRAMI

M. le Professeur NOBÉCOURT

INTERNAT :

1935 M. le Docteur P. CANTONNET

1935-1936 M. le Professeur agrégé P. BROCCQ

M. le Docteur GIRODE

1936-1937 M. le Professeur A. GOSSET

1937-1938 M. le Docteur BOPPE

M. le Docteur Robert MONOD

A MES MAITRES

MM. les Professeurs agrégés

D. PETIT-DUTAILLIS et P. FUNCK-BRENTANO

MM. les Docteurs

CHARRIER, LEIBOVICI, SAUVAGE, SEILLE

CHIRURGIENS DES HOPITAUX

MM. les Docteurs

CHABRUT, GARNIER, HEPP, ISELIN

INTRODUCTION

L'hystérectomie pour fibrome est de pratique courante. On la range habituellement dans le cadre des interventions aseptiques où le drainage ne semble pas nécessaire, c'est donc toujours avec surprise que l'on assiste à l'éclosion non exceptionnelle de complications infectieuses parfois brutales dans leur évolution, succédant à une hystérectomie facile, sans incidents, pour un fibrome se présentant cliniquement dans les meilleures conditions.

Il faut rechercher, à l'heure actuelle, l'explication de ces accidents non pas dans une contamination exogène mais bien dans le fibrome lui-même, dans les cavités utérine et endocervicale. Le début de ce travail sera consacré à montrer la réalité de cette infection endogène qui fait de l'hystérectomie pour fibrome une intervention bactériologiquement septique, et le siège des germes septiques au niveau du moignon du col restant, d'où nous déduirons la nécessité de drainer et de péritoniser qui en résulte.

L'étude des divers modes de drainage et de péritonisation sera l'objet d'un second chapitre.

Nous envisagerons ensuite le drainage et la péritonisation dans les hystérectomies pour fibromes tels qu'ils sont réalisés par la technique d'hystérectomie totale employée à la Salpêtrière sous l'impulsion de J. Charrier et J. Gosset, technique illustrée de 5 figures.

Nous terminerons par les résultats de cette technique, basés sur 107 cas d'hystérectomies totales pratiquées dans le service de notre maître le Professeur Gosset à la Salpêtrière.

PREMIÈRE PARTIE

SEPTICITÉ DES FIBROMES UTÉRINS

Nous n'insisterons pas sur les cas où l'infection est une évidence traduite cliniquement par :

- la courbe de température ;
 - les douleurs ;
 - les constatations de l'examen clinique ;
- tels : les fibromes sous-muqueux sphacelés ;
- les fibromes avec grosses réactions annexielles inflammatoires ;
 - les fibromes avec métrite aiguë.

Le drainage ne se discute pas dans son principe, mais on peut envisager diverses modalités dans son application, modalités que nous étudierons au chapitre suivant.

Par contre, notre étude portera essentiellement sur les fibromes où l'infection est *cliniquement latente* mais peut se révéler par des complications post-opératoires dramatiques.

C'est dans ce but que nous avons repris l'étude de la statistique publiée par notre maître le Professeur Gosset en collaboration avec P. Funck-Brentano, statistique portant sur 1170 fibromes opérés à la Salpêtrière de 1913 à 1934.

Nous avons relevé dans les 40 cas de mort, soit 3,4 % : 17 cas de mort par infection.

Sur les 17 cas, les auteurs distinguent :

4 morts par péritonite à colibacilles ;

13 morts par septicémie, péritonite ou cellulite pelvienne mais nous ne retiendrons que les cas de fibromes sans lésions annexielles cliniques et opératoires, présentant une courbe thermique normale avant l'intervention : soit 9 cas dont nous rappellerons brièvement les observations :

Observations

I. — Six cas de septicémie, péritonite, cellulite pelvienne :

1^{er} *observation* : femme de 41 ans présentant un fibrome de moyen volume, mobile, dont le col est normal. Courbe thermique pré-opératoire normale. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 9 février 1932 : hystérectomie supra-vaginale facile, fermeture de la paroi sur drain du Douglas.

Suites opératoires : mort au 5^e jour dans l'hyperthermie avec phénomènes de péritonite occlusive.

A l'autopsie : péritonite suppurée, à *point de départ pelvien*.

2^e *observation* : femme de 40 ans présentant un petit fibrome mobile, un col normal. Courbe thermique pré-opératoire normale. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 4 août 1933 : hystérectomie supra-vaginale facile, fermeture de la paroi sur drain du Douglas.

Suites opératoires : élévation progressive de la température qui atteint 40° le 4^e jour avec altération rapide de l'état général, ballonnement, vomissement. Mort le 4^e jour.

Les auteurs concluent à une mort par péritonite ou cellulite pelvienne mais l'autopsie n'a pu être pratiquée en raison de la décomposition avancée du corps.

3^e *observation* : femme de 33 ans présentant un petit fibrome, un col normal. Courbe thermique pré-opératoire normale. Pas de vaccinothérapie. Intervention en juillet 1929 : hystérectomie supra-vaginale, fermeture de la paroi sur drain du Douglas.

Suites opératoires : altération progressive de l'état général, dysurie, température qui s'élève par échelons jusqu'à 40°. Mort le 7^e jour.

A l'autopsie : cellulite pelvienne.

4^e observation : femme de 39 ans présentant un fibrome de la dimension d'une grosse orange. Courbe thermique pré-opératoire normale. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 19 mars 1932 : hystérectomie supra-vaginale facile, fermeture de la paroi sur drain du Douglas.

Suites opératoires : phénomènes septicémiques. Décès au 7^e jour dans l'hyperthermie à 41°5.

A l'autopsie : pas de réaction péritonéale nette.

5^e observation : femme de 37 ans présentant un fibrome de moyen volume, mobile, col sain. Courbe thermique pré-opératoire normale. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 10 décembre 1929 : hystérectomie supra-vaginale facile avec appendicectomie complémentaire, fermeture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires : au 2^e jour très mauvais état général ballonnement hyperthermie ; réintervention : des gaz sortent par la plaie, on trouve du pus fétide dans le petit bassin, mais le moignon appendiculaire est intact ; on établit un drainage sus-pubien mais la malade meurt 2 jours après cette réintervention.

A l'autopsie : péritonite septique diffuse.

6^e observation : femme de 48 ans présentant un fibrome de moyen volume, mobile, col normal. Courbe thermique pré-opératoire normale. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 15 décembre 1920 : hystérectomie supra-vaginale, fermeture sans drainage.

Suites opératoires : ascension progressive de la température jusqu'au 6^e jour où elle monte à 41° 5 ; Décès.

A l'autopsie : pas de lésions nettes les auteurs concluent à une mort par phénomènes septicémiques.

II. — Trois cas de péritonite à colibacilles : ces 3 cas ont fait l'objet d'une communication de notre maître le Professeur Gosset à l'Académie de Chirurgie en collaboration avec P. Funck-Brentano ; c'est à elle que nous empruntons le résumé de ces observations :

1^{er} observation : femme de 42 ans présentant un fibrome multilobé mobile. Courbe thermique pré-opératoire normale. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 27 juin 1932 : hystérectomie supra-vaginale facile, fermeture de la paroi sur drainage abdominal.

Suites opératoires : normales les 3 premiers jours, mais à partir du 4^e jour ballonnement abdominal et arrêt des gaz, vomissements répétés, ascension thermique et issue par le drain d'un liquide citrin et abondant. Au 5^e jour, iléostomie, au 6^e jour, température à 40°, mort.

2^e observation : femme de 41 ans présentant un fibrome de moyen volume. Courbe thermique pré-opératoire normale. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 23 décembre 1933 : hystérectomie supra-vaginale facile avec drainage abdominal.

Suites opératoires : la malade ne rend pas ses gaz et le 3^e jour, vomissements, ascension thermique ; issue d'une abondante sérosité par le drain, on change plusieurs fois le pansement de la malade dans la même journée car elle est inondée ; au 6^e jour, mort, la température atteignant 41° 2.

3^e *observation* : femme de 49 ans présentant un fibrome isthmique. Courbe thermique pré-opératoire normale.

Vaccinothérapie au Duchon. Intervention le 22 octobre 1934 : hystérectomie supra-vaginale avec drainage abdominal.

Suites opératoires : au 4^e jour, apparition d'un syndrome occlusif fébrile avec écoulement séreux par le drain, de plus en plus abondant ; aggravation et mort le 12^e jour.

Les auteurs ont à juste titre intitulé ce syndrome « péritonite à colibacilles », le colibacille ayant été trouvé à l'état de pureté dans le liquide évacué par le drain, prélevé, examiné, mis en culture, et la sérothérapie spécifique anti-colibacillaire ayant pu interrompre la marche de ce syndrome dans 2 cas dont nous allons rappeler les observations : notons qu'il s'agit là encore de complications infectieuses survenues à la suite d'hystérectomies supra-vaginales pour fibromes sans lésions annexielles, sans signes cliniques

d'infection, dont la courbe thermique pré-opératoire était normale.

1^{er} *observation* : femme de 39 ans présentant un fibrome de moyen volume. Courbe thermique pré-opératoire normale. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 16 mars 1935 : hystérectomie supra-vaginale facile, fermeture de la paroi sur drain du Douglas.

Suites opératoires : normales les 3 premiers jours, avec émission des gaz et des matières, mais le 4^e jour, ascension thermique progressive ; en même temps l'abdomen se météorise, état sub-occlusif avec issue par le drain d'une très abondante sérosité. Prélèvement à la pipette de cette sérosité qui est envoyée au laboratoire. Au 5^e jour, la température dépasse 39°, la malade est agitée, son faciès est profondément altéré.

Instruit par les expériences précédentes on porte un pronostic des plus sombres. Cependant avant de connaître les résultats du laboratoire on injecte 20 cc. de sérum anti-colibacillaire de Vincent sous la peau et 40 cc. par le drain. Le lendemain, réponse du laboratoire (D^r Rouché) : entérocoques et colibacilles. La même médication est poursuivie pendant 4 jours ; au 3^e jour de la sérothérapie le drain ne donne plus, au 5^e jour, la malade qui a de nouveau émis gaz et matières, présente une température de 37° 9. Elle

quitte le service en excellent état 20 jours après l'intervention.

2^e *observation* : femme de 36 ans présentant un gros fibrome. Courbe thermique pré-opératoire normale. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 5 juin 1935.

Fibrome du volume d'une tête d'enfant inclus dans le ligament large du côté gauche ; hystérectomie supra-vaginale, fermeture de la paroi sur drain du Douglas.

Suites opératoires : au 4^e jour, ascension thermique à 38° 5 avec sub-occlusion ; au 5^e jour, la température atteint 39° 8 et par le drain s'écoule abondamment une sérosité claire. Examen du liquide (D^r Rouché) : colibacilles en abondance à la culture. La malade reçoit par jour 20 cc. de sérum anti-colibacillaire de Vincent en injection sous-cutanée et 40 cc. par le drain abdominal. En 48 heures l'écoulement par le drain se tarit, la température baisse progressivement, six jours après le début des accidents elle est redevenue normale. La malade quitte le service dans les délais habituels.

Ici se termine l'analyse de la première statistique d'ensemble des hystérectomies supra-vaginales de la Salpêtrière. Notons, pour en tirer ultérieurement les conclusions, qu'il s'agissait dans tous les cas rapportés d'hystérectomies faciles, sans incidents opératoires, chez des femmes encore jeunes se présentant

dans de bonnes conditions pré-opératoires, mais non vaccinées. La plupart de ces interventions avaient été drainées par voie abdominale.

*
* *

Nous avons repris l'étude des hystérectomies pratiquées à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, pour fibromes utérins, du 1^{er} janvier 1936 au 1^{er} avril 1938.

Voici cette statistique intégrale :

Nombre d'hystérectomies pratiquées pour fibrome :
317 cas,

Nombre d'hystérectomies subtotaux : 174 cas.

Nombre d'hystérectomies totales : 143 cas.

Sur ces 317 cas, on relève 7 décès, soit 2,2 %, qui se répartissent comme suit :

Après hystérectomies subtotaux 5 cas.

Après hystérectomies totales 2 cas.

Dans ce nombre minime de décès nous avons cependant relevé 2 cas rentrant dans le cadre de notre étude, c'est-à-dire concernant deux femmes opérées pour fibromes se présentant cliniquement dans les meilleures conditions :

1^{er} *observation* (inédite) : femme très grosse vaccinée au propidon. Courbe thermique pré-opératoire normale. Pas de numération globulaire pré-opératoire.

Intervention le 9 janvier 1936 : laparotomie médiane sous-ombilicale, on découvre dans le petit bassin deux grosses masses solides pédiculées sur l'utérus, dont l'une incluse dans le Douglas, masses qui sont des fibromes madréporiques ; dans le corps utérin, petits noyaux fibreux. Pas de lésions annexielles inflammatoires. Hystérectomie supra-vaginale par le procédé de Terrier ; pas d'appendicectomie. Fermeture de la paroi à la soie sur un drain n° 30 dans le Douglas.

Suites opératoires : un peu de température le 2^e et le 3^e jour, puis brusquement le 4^e jour, sans avoir rendu ses gaz, la malade présente une hyperthermie à 40° avec vomissements et succombe dans la nuit, vraisemblablement d'infection péritonéale d'*origine cervicale* (conclusion de l'opérateur). L'autopsie n'a pu être pratiquée.

2^e *observation* (inédite) : femme de 37 ans présentant un fibrome mobile sans lésions annexielles. Courbe thermique pré-opératoire normale. Vaccination au propidon.

Intervention pratiquée le 29 avril 1937 : hystérectomie supra-vaginale facile pour un fibrome de moyen volume, mobile ; péritonisation satisfaisante ; fermeture de la paroi *sans drainage*.

Suites opératoires : hyperthermie progressive, décès le 3^e jour à 41° 5.

A l'autopsie, cellulite pelvienne et péritonite généralisée.

Il s'agissait dans les deux cas d'*hystérectomies supra-vaginales*.

Nous avons relevé également un nouveau cas de péritonite à colibacilles terminé par la guérison, dont voici l'*observation* résumée :

Observation (inédite) : femme de 40 ans présentant un fibrome de moyen volume. Courbe thermique pré-opératoire normale. Pas de vaccination. Intervention pratiquée le 10 mars 1936 : hystérectomie supra-vaginale facile, gros utérus mobile, annexes non adhérentes. Fermeture de la paroi sur drain du Douglas.

Suites opératoires : habituelles pendant les 3 premiers jours, puis ascension thermique progressive, ballonnement, arrêt des gaz, écoulement abondant par le drain d'un liquide clair contenant de nombreux colibacilles. Sérum de Vincent dans le drain : 40 cc. et sous la peau 20 cc. pendant 2 jours ; sérum hypertonique intra-veineux matin et soir ; puis pendant 4 jours, sérum par le drain seul.

La température baisse progressivement, le liquide diminue puis se tarit ; les gaz ont été rendus dès le 2^e jour de ce traitement et la malade quitte le service guérie 30 jours après l'intervention.

De l'étude d'ensemble de ces statistiques de la Salpêtrière il ressort que ces accidents infectieux post-opératoires bruyants sont rares, mais il est à remarquer et c'est là un point dont nous verrons toute l'importance, qu'il s'agit toujours d'hystérectomies supravaginales et que le drain abdominal, s'il permet la sérothérapie *in situ*, ne semble pas avoir réalisé dans tous les cas un drainage efficace.

* * *

Nous avons recherché dans la littérature la fréquence des accidents infectieux dans diverses statistiques :

— Pellanda, de Lyon, dans un travail inspiré par Pollosson donne la première place aux accidents infectieux dans la pathogénie de la mort après hystérectomies pour fibromes. Il incrimine ces causes dans 49 % des cas.

— Tixier, de Lyon, donne un pourcentage analogue, estimant que 46 % des décès relèvent de complications septiques. Leur fréquence est de 2 % sur 5759 hystérectomies pour fibromes.

Cet auteur insiste également sur la fréquence des lésions annexielles méconnues cliniquement, quoique recherchées systématiquement avant l'intervention. Il indique les chiffres suivants : 1031 annexites sur 7769 interventions pour fibromes, soit 13 %.

— L. Mayer, de Bruxelles, relève 6 décès dans une statistique portant sur 240 hystérectomies pour fibromes, soit 2,4 % ; 2 parmi eux sont dus à l'infection.

— Douay, publiant la statistique des hystérectomies pour fibromes pratiquées à l'hôpital Broca de 1920 à 1923, totalise 309 cas avec 10 morts dont cinq par infection.

— Mauclairé, sur 305 cas, d'hystérectomies pour fibromes pratiquées de 1909 à 1924 relève 12 cas mortels, soit 4 %, dont 3 par septicémie péritonéale.

L'ensemble des exemples cités permet de conclure à la réalité de la participation infectieuse dans certaines complications post-opératoires des hystérectomies pour fibromes, il reste à en préciser la pathogénie.

Dans l'état actuel de la stérilisation et de la technique chirurgicale, il ne peut s'agir d'une *contamination exogène* par le matériel opératoire ou le chirurgien et cela tout spécialement à la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière : en effet, les parois étant refaites systématiquement à la soie ou au lin, *matériaux non résorbables*, la moindre faute d'asepsie se traduirait par des accidents inflammatoires au niveau des cicatrices : nous n'en avons jamais observés.

Il s'agit donc d'une *infection endogène*. Ce n'est pas une hypothèse mais une affirmation basée sur les arguments suivants :

1. Etude des formules sanguines pré-opératoires

Les numérations globulaires, fréquemment demandées avant l'intervention, à la Salpêtrière, le sont systématiquement par certains chirurgiens, et c'est ainsi que nous avons relevé les chiffres suivants :

Sur 100 numérations effectuées à titre de recherches pré-opératoires, avant hystérectomie pour fibrome, la numération des éléments de la série blanche donne :

dans 20 % des cas : entre 6.000 et 8.000 globules blancs

dans 50 % des cas : entre 8.000 et 10.000 — —

dans 30 % des cas : au-dessus de 10.000 — —

Ainsi, dans la majorité des cas existe une hyperleucocytose. traduction d'une *infection latente certaine*.

II. Recherche de l'agent de contamination

C'est au niveau de la cavité cervicale et de la cavité utérine, d'autant plus qu'elle est allongée, déformée par le fibrome, qu'il faut pratiquer ces recherches pour mettre en évidence l'*infection latente endogène*.

— P. Moure, au cours d'une discussion récente à l'Académie de chirurgie, déclare :

« Je pense que beaucoup de femmes atteintes de fibromes utérins portent dans leur cavité utérine leurs germes d'infection post-opératoire ».

Ce même auteur, prenant la parole au Congrès de chirurgie de 1924, à la suite du rapport de G. Labey, s'exprimait ainsi :

« Au cours d'une hystérectomie abdominale pour fibrome, le chirurgien est fatalement à la merci de la septicité du contenu de la cavité utérine dont il ignore la virulence ».

Et il préconisait des recherches bactériologiques systématiques, par prélèvement de mucus et de fragments de muqueuse utérins.

— R. Salomon, de Giessen, dans un article intitulé « *l'Infection endogène en gynécologie* » la définit ainsi : « Infection par microbes se trouvant dans le canal génital peut-être plusieurs jours avant l'intervention ».

Il estime à 11 % des cas la fréquence de cette infection.

Ces recherches ont été effectuées par d'autres auteurs :

— Fossati, dans les *Annales Italiennes d'obstétrique et de gynécologie* rapporte le résultat de ses examens bactériologiques portant sur 80 fibromes extirpés chirurgicalement :

Dans 50 % des cas le contenu était septique : le *streptocoque* et le *bacterium coli* étant au premier rang de fréquence, germes *virulents* : inoculés aux cobayes, ils entraînent la mort de la plupart de ceux-ci.

Il insiste sur la présence de ces microbes non seule-

ment dans le mucus utérin, mais encore dans la *muqueuse* du corps et du *col* utérin et dans les glandes cervicales ; il en trouve très rarement dans le tissu inter-glandulaire et les lacunes lymphatiques, mais alors particulièrement virulents

— Sigwart, de Berlin, au cours de laparotomies pour hystérectomies, a prélevé et mis en culture le sang et les sérosités intra-péritonéales :

1° au moment de l'ouverture,

2° après l'hystérectomie subtotal ou totale,

3° au moment de la fermeture.

Sur 114 cas examinés, l'auteur a toujours mis en évidence des germes pathogènes : il n'y a donc jamais d'asepsie complète, Les colonies, plus ou moins nombreuses, sont faites de :

— staphylocoques blancs,

— bactérium coli,

— streptocoque, dans 25 cas.

— Plus récemment, Auvray, à la tribune de la Société de chirurgie (mars 1927), rapporte un travail de Morice, de Caen, portant sur le prélèvement et la mise en culture du mucus utérin en cas de fibrome :

Dans 14 cas (fibromes non compliqués à courbe thermique normale) l'auteur a obtenu 12 fois du streptocoque, mais un streptocoque de race particulière, cultivant lentement (5 jours et plus parfois au lieu de 48 heures), culture floconneuse ne troublant

pas le bouillon, tombant au fond du tube. Ce streptocoque est le plus souvent hémolytique.

— Michel Bechet, d'Avignon, publie en 1936 dans les *Archives de pratique médico-chirurgicale* un article intitulé « Le moment opératoire au cours des infections chirurgicales latentes », nous lui empruntons cette citation :

« Si l'on fait des prélèvements systématiques dans le corps utérin enlevé aseptiquement, on constate souvent la présence de germes : nous pratiquons systématiquement ces investigations depuis plus d'un an dans notre service ».

Il trouve du colibacille dans 61 % des cas, du streptocoque hémolytique dans 6 à 7 % des cas.

— Nous avons repris ces recherches, mais en faisant nos prélèvements non plus dans la cavité utérine mais au niveau de la *tranche de section du col*, au cours d'hystérectomies subtotaux pour fibromes cliniquement non infectés. Ces prélèvements de mucus et de muqueuse endo-cervicale mis en culture suivant la technique indiquée par Morice nous ont donné les résultats suivants : sur 33 cas.

Culture sur gélose ascite à 1 % et ensemencement concomitant d'un bouillon glucosé à 2 % : colonies en 48 heures, parfois en 3 ou 4 jours dans lesquelles on a pu isoler :

15 fois du colibacille,

3 fois du streptocoque, dans 2 cas hémolytique.

Nous sommes donc en plein accord avec Michel Bechet.

Après ces recherches, les arguments que nous avons tirés de l'étude systématique de la formule sanguine pré-opératoire d'une part et des examens bactériologiques d'autre part nous semblent suffisamment probants pour être en droit d'affirmer l'existence de ce microbisme latent, de cette « septicité enclose » (Michel Bechet) des fibromes utérins, et c'est là que l'on doit trouver l'explication d'accidents infectieux post-opératoires à la suite d'hystérectomie pour fibromes se présentant cliniquement et à l'intervention dans les conditions les plus favorables.

Ces paroles de Michel Bechet (*loc. cit.*) traduisent parfaitement notre pensée :

« Opérer un fibrome lorsque celui-ci, volumineux, occasionne des troubles de compression ou lorsqu'il est cause d'hémorragies importantes, paraît être de bonne doctrine, et l'opérer presque immédiatement après avoir fait les différentes épreuves de l'urée sanguine et du temps de coagulation, est dans la pratique de la plupart des chirurgiens. Or, rarement, mais quelquefois cependant, alors que l'intervention s'est déroulée normalement avec une asepsie parfaite, on constate des suites mouvementées : au moindre degré, des phénomènes de péritonisme et de phlébite,

plus rarement, le syndrome brutal du troisième ou quatrième jour et l'on trouve à l'autopsie de la cellulite pelvienne alors que le péritoine reste sain. Parfois, une péritonite, et comme l'a montré le Professeur Gosset, une péritonite à colibacilles... ».

« Ces cas désarçonnent l'esprit, on cherche les causes les plus diverses : insuffisance de stérilisation, catgut, etc..., sans grand succès. Comment expliquer de pareilles évolutions alors que l'intervention a été poursuivie d'une manière minutieusement aseptique et a été pratiquée avec une technique parfaite. Le gros fibrome mobile, chez une malade ne présentant aucune fièvre et aucun écoulement suspect, n'est pourtant pas toujours une *tumeur aseptique*. Le fibrome en réalité, même cliniquement le plus aseptique présente quelquefois dans la cavité du corps et dans la *partie haute du col*, des germes pathogènes ».

P. Moure incrimine également cette septicité latente, explication de certaines complications *inattendues* succédant à des hystérectomies simples exécutées sans aucun incident.

En conclusion de ce premier chapitre, nous pouvons dire que l'hystérectomie pour fibromes n'est pas une intervention aseptique et que l'hystérectomie subtotale laisse après elle dans le petit bassin un agent de contamination : *le moignon du col*. C'est ce col qui est à l'origine des cellulites pelviennes et des péritonites à

colibacilles d'autant que le sang épanché à son contact est un milieu de culture essentiellement favorable comme l'a justement déclaré Desmarest :

« Il n'est pas douteux qu'après une hystérectomie isthmique pour fibrome... souvent une certaine quantité de sang s'accumule au-dessus du col dont la fermeture a été assurée par une série de points de catgut (classique technique de Terrier). Cet hématome est au contact du surjet de péritonisation. M. Gosset vient de rappeler que la cavité cervicale peut contenir des colibacilles : l'infection de cet hématome est donc possible ».

Et cet auteur conclut que cet hématome infecté peut expliquer la désunion partielle du surjet péritonéal et les accidents péritonéaux retardés si sournois.

Nous préconisons, pour lutter préventivement contre de tels accidents dans la mesure du possible :

1. *La vaccination pré-opératoire,*
 2. *Deux éléments de technique opératoire qui doivent être associés : le drainage et la péritonisation.*
-

VACCINATION PRÉ-OPÉRATOIRE

Cette vaccination est pratiquée par de nombreux auteurs, mais avec des vaccins et des techniques différentes :

— Morice prépare un auto-vaccin à partir des cultures de mucus utérin : le produit des cultures est centrifugé au bout de 4 jours, émulsionné avec de l'eau physiologique phéniquée à 5 p. 1000. On étalonne ensuite la solution à 500 millions par cc. L'auteur n'a jamais constaté à la suite de l'injection de cet auto-vaccin de réaction fébrile importante.

— Schwartz emploie le vaccin de Fisch, vaccin contenant en proportion déterminée du colibacille, de l'entérocoque, du staphylocoque, et les sécrétions de ces microbes. Il fait pratiquer 5 injections à 2 jours d'intervalle : $1/4$, $1/2$, $3/4$, 1, 1 cc. donnant en même temps par la bouche du colitique de Fisch.

Cette vaccination aurait diminué le risque de phlébite post-opératoire dont le facteur essentiel est pour cet auteur l'agent microbien : 4 phlébites post-opératoires sur 50 hystérectomies sans vaccination : 3 sur 120 après vaccination.

— Molin et Condamin proposent la vaccination préopératoire au propidon par des injections de 1 /2, 1, 2, parfois 4 cc. à deux ou trois jours d'intervalle.

— A la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, la vaccination pré-opératoire est utilisée presque systématiquement sous le contrôle des numérations globulaires: pas de vaccination si la leucocytose est normale; en cas d'hyperleucocytose, vaccination par le propidon, soit par des injections de 1, 2, 3 cc. à deux jours d'intervalle; soit par des injections quotidiennes de 1 /2, 1, 1, 1 cc. Cette vaccinatin n'est devenue courante qu'à partir de 1934: elle semble, certes, avoir de bons effets, puisque le pourcentage de décès est depuis cette date de 2%, alors qu'il était auparavant de 3,4% pour des hystérectomies supra-vaginales exécutées suivant la même technique, mais l'écart important des cas:

1170 hystérectomies supra-vaginales de 1913 à 1934.

335 — — — 1934 à 1938.

nous permet à peine de conclure.

Drainage et péritonisation. — Leur étude constitue la deuxième partie de notre travail.

DEUXIÈME PARTIE

LES DIFFÉRENTS MODES DE DRAINAGE ET DE PÉRITONISATION

Nous étudierons successivement les possibilités de drainage et de péritonisation :

I. Dans les hystérectomies subtotaies.

II. Dans les hystérectomies totales,
en discutant dans chaque cas les avantages et les inconvénients de la méthode.

I. Dans les hystérectomies subtotaies

Le gros inconvénient de l'hystérectomie subtotale est la *section du col, temps septique*, et la persistance du moignon cervical au fond de l'excavation pelvienne.

Notre Maître le Professeur A. Gosset écrivait :

« Il faut insister sur le danger que constitue le moignon du col : celui-ci est septique, et par sa saillie endopelvienne crée une série de récessus sous-péri-

tonéaux qui peuvent être le point de départ d'infection du tissu cellulaire de la gaine hypogastrique : il ne faut pas pratiquer une hystérectomie subtotale, mais bien une hystérectomie supra-vaginale, ceci n'est pas une spéculation linguistique ... », et plus loin « Le danger de la cellule pelvienne nous a préoccupé et nous estimons qu'une section basse du col diminue l'espace mort sous-péritonéal tout en réduisant le plus possible la longueur du conduit endo-cervical septique ».

Il ajoutait :

« Nous mettons systématiquement un drain dans le Douglas, il permet, dans les jours qui suivent, l'aspiration d'un peu de sérosité sanglante et la courbe thermique post-opératoire s'en trouve améliorée ».

Il faut donc drainer les hystérectomies subtotaux, mais ce drainage est un drainage ascendant, abdominal.

Ce drainage est-il efficace ?

— Certes, il permet l'aspiration de sang et de sérosité épanchés dans la grande cavité péritonéale, mais il ne saurait drainer la tranche de section du col et le tissu cellulaire de la base des ligaments larges.

— Par ailleurs, cette aspiration nécessite des précautions minutieuses d'asepsie qu'on ne peut pas toujours contrôler.

— D'autre part, ce drain abdominal n'est pas sans

présenter un autre inconvénient, et dans sa thèse, notre collègue Yovanovitch insiste à juste titre sur le rôle du drain du Douglas dans la pathogénie des *occlusions post-opératoires* : s'appuyant sur les opinions de Harrigann, Rotter, Hawkes, Sonnenburg, Mondor et Huet, Godard et Palios qui tous insistent sur ce fait que « les drains et les mèches favorisent la création des adhérences entre les différents segments du tube digestif au contact desquels ils ont été placés. Les drains et les mèches forment une sorte de lit au niveau duquel les réactions fibrineuses se développent, se consolident, pour aboutir à la formation d'obstacles mécaniques ».

Dans les occlusions consécutives à des interventions gynécologiques, l'auteur relève 11 cas à la suite d'hystérectomies drainées par drain du Douglas, dont 2 cas observés à la Salpêtrière.

— Enfin, ce drainage *retarde la cicatrisation* de la paroi abdominale.

— Quant au drainage par Mikulicz abdominal, il était déjà critiqué par Moulonguet en 1894 dans les *Archives provinciales de chirurgie* ; cet auteur ne contestait pas que ce mode de drainage ait assuré la vie à de nombreuses malades, mais ajoutait :

« que ce drainage *ascendant* qui n'a plus pour objet de servir de contrôle mais qui est destiné à faire remonter les matériaux à éliminer des parties

déclives vers les parties supérieures, du fond du bassin vers la paroi abdominale, est *anti-physique* et *anti-physiologique* ».

De plus, les risques d'occlusion, la longueur de la cicatrisation de la paroi abdominale, la possibilité d'éventration sont ici à leur maximum.

Dans les hystérectomies subtotales, la *péritonisation*, elle, est réalisée par le classique surjet au catgut appliquant immédiatement sur le moignon du col le péritoine tendu de la vessie à la face postérieure de celui-ci.

Cette *péritonisation* est-elle une *barrière efficace* à l'infection ? Pour y répondre, il suffit de rappeler les paroles de notre Maître le Professeur A. Gosset à l'Académie de Chirurgie :

« Doit-on estimer, pour rejeter l'hypothèse de l'inoculation péritonéale par le col (dans les péritonites à colibacilles) que le surjet péritonéal pelvien forme une barrière infranchissable à l'envahissement septique ? Certes non. Il n'est qu'à réintervenir chez une récente opérée pour constater la fragilité de cette barrière : le catgut se résorbe, l'orifice foré dans le péritoine par l'aiguille de Reverdin est loin d'être obturé par le diamètre du catgut qu'elle admet ».

Ainsi, dans l'hystérectomie subtotale pour fibrome exécutée suivant la technique classique de Terrier, le drainage abdominal n'est pas toujours efficace car

il ne draine pas les espaces sous-péritonéaux, et la péritonisation basse n'est pas une barrière infranchissable à l'infection issue du moignon du col. C'est pourquoi différents auteurs se sont attachés à améliorer les conditions de drainage dans l'hystérectomie subtotale en cherchant à pratiquer un drainage déclive.

Le drainage déclive dans les hystérectomie subtotaux

— Ce drainage déclive a été préconisé dès 1898 par Batigne dans sa thèse. Il déclarait :

« Quand on étudie cette question de drainage dans la littérature médicale, on est frappé de voir combien il est peu parlé du drainage par ouverture déclive, il est passé sous silence comme une complication alors que la voie abdominale était la plus universellement adoptée ».

— Perrier (thèse de Lyon, 1900), décrit un drainage vaginal pouvant remplacer un Mikulicz abdominal et qu'il désigne sous le nom de « Mikulicz vaginal ». Il le décrit comme suit : « C'est un tamponnement du Douglas avec une mèche de gaze iodoformée qu'on abandonne au-dessous d'une fermeture complète de l'abdomen et que l'on va retirer ensuite en partie par le vagin ».

— Moulonguet (*loc. cit.*) écrit : « Il faut restituer au drainage sa vraie fonction, sa vraie voie, et permettre

aux matériaux nuisibles de suivre le cours que leur assignent les lois naturelles de la pesanteur ».

— Henry O. Marcy déclare : « La vraie voie de drainage n'est plus la plaie abominale mais le vagin ».

— Schwartz (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1897), exprime ainsi son opinion : « Quel qu'ait été le procédé d'exérèse employé, je suis toujours resté fidèle à l'ouverture large du vagin qui nous donne tous les avantages de l'hystérectomie vaginale et constitue un gros drain naturel permettant l'écoulement de la sérosité sécrétée par le péritoine, des suintements sanguins plus ou moins abondants qui suivent souvent ces grandes opérations malgré l'hémostase immédiate la plus soignée ».

A cette époque, Reclus, Richelot, Hartmann exprimaient des opinions analogues.

Ce drainage déclive peut être réalisé par les procédés suivants :

A. En ne fermant pas le col :

Notre Maître le Professeur Gosset, à l'Académie de Chirurgie, en parle dans ces termes :

« La grosse question qui se pose (après l'hystérectomie supra-vaginale) est la suivante : faut-il ou non fermer le col largement évidé ? Pour ma part, je pense qu'il n'est pas logique de le fermer car l'infection siège dans la couche sous-séreuse et son drainage

peut et doit s'effectuer par le col à condition que celui-ci ne soit pas fermé ».

« Je me rappelle une constatation faite il y a bien longtemps à l'autopsie d'une malade qui avait subi une hystérectomie supra-vaginale : j'ai pu voir à chaque point du surjet de péritonisation sourdre, pour ainsi dire, une petite flammèche de sang, preuve de la poussée qui s'était faite en direction de la cavité péritonéale depuis la zone infectée sous-séreuse. A l'heure actuelle, pour ceux qui *continuent* à pratiquer la sus-vaginale, il convient de modifier la technique en y apportant plus de logique. Est-il logique en effet de fermer toute issue à quelque chose qui doit s'évacuer par le point déclive ? Fermer le col utérin, c'est précisément boucher la bonne issue ».

Desmarest a également abandonné la fermeture du col, il estime non douteux qu'après une hystérectomie isthmique pour fibrome s'accumule souvent une certaine quantité de sang au-dessus du col dont la fermeture est assurée par des points de catgut :

« Cet hématome est au contact du surjet de péritonisation, l'infection de l'hématome est possible et peut expliquer la désunion partielle du surjet péritonéal et les accidents péritonéaux retardés ».

Pour ces auteurs, il faut donc, au lieu de fermer le col, l'évider et le laisser largement béant pour que le

sang épanché puisse s'écouler aussi facilement que possible.

B. *En pratiquant après évidemment du col un drainage transcervical :*

Ce mode de drainage a été appliqué à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière en février et en mars 1937 une dizaine de fois. Il a été abandonné depuis, les suites opératoires ayant été indiscutablement plus longues et fébriles. Citons un cas où les suites opératoires ont été particulièrement mouvementées malgré un double drainage transcervical et abdominal.

Observation inédite : femme de 47 ans entrée pour fibrome, dont la courbe de température pré-opératoire est normale. Intervention le 22 février 1937 : hystérectomie supra-vaginale pour un fibrome mobile sans annexite. Drain de Goldmann transcervical et drain abdominal. Suites opératoires : occlusion fébrile ayant nécessité un anus sur le grêle le 3 mars 1937 ; la température redescend progressivement à la normale et le 6 juin on réintervient une troisième fois pour fermer cet anus.

— D'autres auteurs, tel Henault, de Bruxelles, ont également abandonné le drainage transcervical, estimant que le canal cervical, dont le calibre normal est étroit, a une tendance à se refermer rapidement même après dilatation et à se rétracter cicatriciellement.

C. En pratiquant le drainage déclive au fond du cul-de-sac du Douglas.

On peut réaliser ainsi un bon drainage déclive mais nous n'insisterons pas sur ce point par défaut d'expérience, cette méthode n'ayant pas été employée à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière.

En conclusion, on peut réaliser un bon drainage déclive dans les hystérectomies subtotaux, mais celui-ci n'est pas toujours assez large, mais le moignon du col persiste avec ses inconvénients.

**II. Le drainage déclive
dans les hystérectomies totales**

Par contre, dans les hystérectomies totales, ce drainage déclive est réalisé avec le maximum d'efficacité après la suppression du col utérin : c'est donc le *traitement de choix* des fibromes utérins.

En préférant l'hystérectomie totale à l'hystérectomie subtotale comme traitement chirurgical des fibromes utérins, nous ne voulons pas rouvrir la discussion, certains disent la querelle, entre les partisans de l'hystérectomie totale et ceux de l'hystérectomie subtotale.

Rappelons cependant les opinions de :

— Tixier, de Lyon. — « La totale, en établissant un large drainage par le vagin du tissu cellulaire de la

base des ligaments larges, permet un écoulement certain des suffusions sanguines intra-ligamentaires qui stagnent autour des multiples veines pelviennes en favorisant la thrombose : tout hématome favorise la production d'embolies ».

— Forgue. — « J'incline de plus en plus vers la totale, ayant eu quelques complications issues du moignon cervical infecté et estimant qu'avec un court drainage la totale n'offre point de risques opératoires plus grands que la subtotal, que le *vagin est plus aseptisable que le col*, que l'opération est aussi simple et aussi rapide ».

— J.L. Faure, lui-même, adversaire de la totale, reconnaît cependant : « Il n'y a dans la totale qu'un seul élément qui puisse agir dans le sens d'une diminution de la gravité par rapport à la subtotal : c'est la *facilité de drainage*, c'est l'ouverture permanente du fond du bassin, qui, en cas d'infection légère ou moyenne, présente certainement des avantages sur la subtotal sans drainage ou même avec drainage par incision postérieure du col ».

Toutes ces citations viennent confirmer l'efficacité du drainage déclive par hystérectomie totale.

Mais il ne suffit pas de pratiquer un drainage déclive, il faut encore instituer une barrière infranchissable à l'infection ascendante, protéger le grand péritoine en cloisonnant le petit bassin par une *péritonisation étanche*.

La péritonisation dans les hystérectomies totales

L'origine du cloisonnement du petit bassin se trouve dans un mémoire présenté par Chaput à la Société Anatomique en novembre 1894.

Amann, au Congrès international de chirurgie de 1900, Quenu et Judet en 1901, Hartmann, Chaput en 1903 communiquent sur ce sujet leurs réflexions à la Société de Chirurgie.

Lecène, dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* de septembre 1912 décrit différents procédés de cloisonnement.

Henault, dans le *Journal belge de chirurgie*, préconise la *péritonisation haute* dont il résume les avantages :

— Extra-péritoniser les surfaces cruentées et souvent infectées du petit bassin, « le grand danger immédiat de l'hystérectomie étant l'infection ascendante du péritoine ».

— Obtenir par le fond du vagin laissé tout ou partiellement ouvert un drainage facile et presque physiologique des plaies du Douglas.

— Eviter la formation d'adhérences, développées, soit entre les anses intestinales seules, soit entre celles-ci et le grand épiploon ou les organes conservés dans le petit bassin, soit avec la surface dénudée des plaies opératoires,

— Permettre une fermeture per primam de la plaie abdominale, diminuant le risque d'éventration.

Nous concluons donc, avec cet auteur, aux avantages de la péritonisation haute du bassin.

Modes de péritonisation haute

— Henault cloisonne le petit bassin par un catgut faufilé en bourse successivement au niveau du feuillet vésical du péritoine, du péritoine latéral gauche du petit bassin, du mésocolon sigmoïde, de la face antérieure du sigmoïde, du péritoine pariétal droit pour regagner le point de départ vésical. Ce fil noué constituerait un voile plissé réalisant la péritonisation haute telle que l'effectue cet auteur,

— Wiart dans le *Journal de chirurgie* de juin 1929 décrit son procédé de péritonisation haute par un surjet colo-vésical, procédé repris dans la thèse de son élève Diamant-Berger.

— Toupet, dans son ouvrage de technique chirurgicale décrit ce même procédé.

— A la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière, le cloisonnement du petit bassin est réalisé par la *péritonisation vésico-rectale* que nous décrirons au chapitre suivant.

*
* *

Ainsi, l'hystérectomie totale par l'ablation du col

qu'elle comporte, col en règle septique, présente de réels avantages dans le traitement chirurgical des fibromes utérins. D'autre part, sans vouloir remettre en discussion la question du col restant après hystérectomie subtotalaire, nous devons reconnaître la relative fréquence de la dégénérescence de celui-ci. Il est bien évident que l'hystérectomie totale réalise une véritable prophylaxie de cette éventualité.

Le cancer du col restant après hystérectomie

Depuis les rapports de Richelot (1903) et de Chaput (1910) à la Société de Chirurgie, les observations se sont accumulées :

Polak, de Brooklyn, dans le *New-York State Journal of Medicine*, en 1921, rapporte les pourcentages suivants donnés par divers chirurgiens :

— Schottlander : 12 épithéliomas du col non diagnostiqués cliniquement, découverts sur 600 hystérectomies totales.

— Herbert Spencer : 2% de cancers du col non diagnostiqués sur 200 hystérectomies totales pour fibromes ;

— Noble : 2% de cancers du col sur 900 hystérectomies totales,

toutes ces observations concernant des cancers du

col diagnostiqués seulement par l'examen histologique des fibromes enlevés chirurgicalement.

J.F. Baldwin, de Columbus, a observé 11 cas d'épithéliomas du col restant survenant 5 à 21 ans après hystérectomie subtotale, et il ajoute que le fait de cautériser le canal cervical ou d'en pratiquer l'évidement n'est pas suffisant : en effet, la plupart des cancers du col prennent naissance à l'*orifice externe*.

Si Jeanneney et Chavannaz, de Bordeaux, estimaient en 1926 le nombre total des cas connus à 85, notre Maître Robert Monod pouvait apporter à la tribune de la Société de Chirurgie en juillet 1926, 80 observations nouvelles, soit :

17 cas au centre anti-cancéreux de la Salpêtrière.

18 cas à l'Institut du Radium (statistique de Regaud).

28 cas au centre de Necker (statistique de Desgrais).

17 cas dans la statistique de M. Oppert,

réparties sur quatre centres anti-cancéreux parisiens. Ces observations, ajoutées à celles rapportées à la Société de Chirurgie après la communication de Cadenat sur le travail de Jeanneney précité, portent le nombre des cas nouveaux à 101.

S. Laborde et A. Roques, en 1927, donnent la statistique suivante : sur 379 cancers du col utérin, 11 cas de cancers du moignon, ce qui, étant donné le faible pourcentage de femmes opérées d'hystérectomies subtotaless par rapport à l'ensemble de la population féminine, est un chiffre fort : 1 sur 34.

Notre Maître Robert Monod, en 1930, à l'occasion d'un rapport sur un travail de Ferry de Strasbourg, peut donner les résultats de nouvelles recherches statistiques :

9 cas nouveaux à l'Institut du Radium (Octave Monod).

11 cas nouveaux au Centre de la Salpêtrière,

soit au total 20 cas nouveaux en trois ans dans deux centres anti-cancéreux seulement, sur les 12 de la région parisienne.

Sauvé, au cours de la discussion qui suivit le rapport précédent, relate 11 cas personnels de cancers du col restant.

Dujarier aurait observé personnellement plus de 10 cas.

Notre Maître P. Brocq est d'accord avec les rapporteurs sur la relative fréquence du cancer du col restant.

Zampa, de Bologne, en 1930, rapporte 3 cas personnels.

Les Mayo, en 1931, donnant la statistique de leur clinique de 1910 à 1934, notent 99 cas de cancers du col après hystérectomie subtotaux.

Séjournet, en 1935, a relevé 302 cas nouveaux dans la littérature de 1926 à 1935.

Bonnal, de Marseille, en 1936, donnant la statistique du centre anti-cancéreux de Marseille pendant les années 1933, 34, 35 a pu trouver 21 cas de cancers du col restant sur 199 cas de cancers du col en général.

Le cancer du col restant n'est donc pas une rareté et notre Maître Robert Monod déclarait avec juste raison :

« Au cours de discussions sur cette question, plusieurs chirurgiens ont affirmé n'en avoir jamais rencontré un seul cas durant leur carrière ; contrairement à cette opinion qui est celle de beaucoup de chirurgiens, nous pensons d'après ce que nous avons observé que cette cancérisation est loin d'être aussi rare ; aussi nous paraît-il utile d'insister sur sa fréquence, beaucoup plus grande qu'il n'est classique de l'admettre (1 % des cas opérés d'après J.L. Faure et Forgue) ».

Comment expliquer cette divergence d'opinions ? Une des raisons en est simple : la malade, dans de nombreux cas, est adressée directement au radium-thérapeute, les suites éloignées de l'intervention échappant alors au chirurgien.

D'autre part, dans ces cancers étiquetés cancers du col restant, il faut distinguer : *les cancers précoces* qui évoluent moins d'un an après l'hystérectomie, et nous pensons avec Robert Monod qu'il s'agit là, non pas de cancérisation rapide favorisée ou non par la lésion qui a déterminé l'hystérectomie, mais bien de cancers endo-cervicaux *déjà existants et méconnus*, ainsi :

Robert Monod rapporte 24 cas de cancers précoces sur 102.

Séjournet indique 25 % des cas,

« Ces soi-disant cancérisations du col restant sont donc des erreurs de diagnostic, et nos statistiques montrent à quel point elles sont fréquentes », conclut notre maître Robert Monod. Nous avons d'ailleurs déjà parlé de cette coexistence du cancer et du fibrome et nous rappellerons simplement les statistiques de Schottlander, Herbert Spencer et Noble qui donnent un pourcentage de 2 % de cancers découverts à l'examen histologique après hystérectomie totale pour fibrome.

Mais la majorité des cancers du col restant sont *tardifs* :

75 % des cas dans le rapport de Robert Monod,
60 % des cas dans celui de Séjournet.

Quel sens faut-il donner à cette fréquence relative des cancers du col restant après hystérectomie pour fibrome ? « Son pourcentage par rapport à l'ensemble des hystérectomies subtotaux est-il à ce point supérieur à celui des cancers du col en général par rapport à l'ensemble de la population féminine pour que l'on soit en droit de parler ici de prédisposition au cancer de la partie du col laissée en place après une hystérectomie subtotale..... ? ». Il est pratiquement impossible de le démontrer par la statistique.

Le fibrome, comme l'a défendu Richelot, a-t-il une prédisposition à cette cancérisation ? Le fait n'a

pas été prouvé ; cependant, il ressort des statistiques que les hystérectomies pour fibromes sont plus souvent en cause : 65% des cas pour Séjournet. Robert Monod dit encore :

« Peut-on, plus justement, invoquer une prédisposition au cancer du moignon résultant des conditions anatomiques créées par l'hystérectomie subtotale ? Ferry y fait allusion dans son travail, et l'on peut fort bien admettre que le moignon, même réduit au maximum, moins bien irrigué, parfois transformé en bloc cicatriciel, se trouve dans des conditions d'autant moins favorables pour se défendre contre une transformation maligne qu'on connaît la susceptibilité particulière au cancer, de la muqueuse du col utérin. En définitive, ces faits seraient à rapprocher des cas, aujourd'hui bien établis, de cancérisation de cicatrices ».

Mais surtout nous pensons, avec notre Maître Robert Monod, que parmi les causes favorisantes on doit retenir essentiellement *la métrite* qui accompagne presque inévitablement l'évolution d'un fibrome car cette inflammation chronique de la muqueuse utérine, entretenue par ce microbisme latent dont nous avons montré l'existence, est susceptible de créer des lésions prédisposant à la dégénérescence : les utérus qu'on opère sont en effet le plus souvent malades depuis longtemps.

Et même si l'on n'a aucune raison valable pour affirmer que le fibrome prédispose au cancer, on en a certes encore moins pour croire qu'il l'en protège. Après une hystérectomie subtotale, les chances de cancérisation du col doivent au moins être les mêmes que chez une femme non opérée, et c'est encore avec notre Maître Robert Monod que nous concluons :

« La très grande fréquence du cancer du col en général est peut-être l'explication la plus simple de la majorité des cas de cancérisation tardive. En présence de cette menace qu'il convient cependant de ne pas exagérer, la solution radicale est l'hystérectomie totale dont il ne faut pas amplifier les dangers ».

En opposition à la relative fréquence des cancers du col restant dont il est facile de recueillir de nombreuses observations, le cancer de la cicatrice vaginale après hystérectomie totale est extrêmement rare et aucune statistique n'a pu être publiée. Citons seulement quelques rares cas isolés, à vrai dire exceptionnels :

2 cas de Lenormant,

1 cas de Dujarier,

4 cas de Robert Monod,

rareté expliquée par la résistance bien connue de la muqueuse vaginale au cancer.

* * *

A ces avantages certains de l'hystérectomie totale

sur l'hystérectomie subtotale pour fibrome, les adversaires de cette méthode ont opposé les arguments suivants :

- gravité plus grande de l'intervention,
 - danger de lésion des uretères,
 - fréquence des prolapsus post-opératoires,
- que nous allons nous efforcer de réfuter.

La gravité de l'hystérectomie totale.

L'étude des statistiques des chirurgiens ayant l'expérience de cette méthode vient infirmer cet argument et cependant bien souvent l'hystérectomie totale est réservée aux plus mauvais cas :

Si Marek donne la proportion de 5,9% de décès sur 1289 hystérectomies totales, ceci en 1911,

Si De Bovis donne à la même époque un pourcentage de 5,4% sur 1455 hystérectomies totales,

Walter qui pratiquait systématiquement l'hystérectomie totale depuis 1909, sur 496 cas personnels, relève 13 morts, soit 2,6%.

Hartmann donne une proportion de 3%.

Les Mayo, sur 1588 hystérectomies totales, ont 1,6% de mortalité alors que 3085 hystérectomies subtotaux fournissaient 1,2% de mortalité, mais, ajoutent ces auteurs, dans les cas graves, l'hystérectomie totale était plus volontiers employée.

Girode, dont la pratique de l'hystérectomie totale est systématique dans les fibromes : 2,4%.

Wiert, dans la thèse de Diamant-Berger, donne 6% de mortalité pour les hystérectomies subtotaux et 4,1% pour les hystérectomies totales, systématiques depuis 1923.

A la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière, la statistique intégrale des hystérectomies pratiquées pour fibromes, du 1^{er} janvier 1936 au 1^{er} avril 1938, que nous avons donnée au début de ce travail, donnait les résultats suivants : 174 cas d'hystérectomies subtotaux avec 5 morts, soit 3,5% et 143 cas d'hystérectomies totales avec 2 décès, soit 1,3% des cas, et dans ces derniers 107 cas exécutés avec la technique que nous allons décrire, un seul décès, soit 1% environ.

Le danger de lésion des uretères

Ce danger, classique, est bien exagéré, et Diamant-Berger dans sa thèse, reprenant les rapports de l'artère utérine et de l'artère cervico-vaginale avec l'uretère, constate :

« La région de croisement (de l'utérine et de l'uretère) nous semble devoir être interprétée de la façon suivante : l'artère n'est véritablement en rapport étroit avec l'uretère que le long des parois pelviennes, là les deux organes se présentent presque comme les

éléments d'un même pédicule ; ainsi par exemple, c'est toujours sur l'uretère que nous nous sommes repérés pour trouver l'artère sur les pièces ; par contre, 2 cm. environ avant la zone classique de croisement, ils commencent à diverger, et cette divergence ne fait que s'accuser, l'artère décrivant sa crosse ascendante et l'uretère se dirigeant vers la vessie. De plus, dans ce trajet, la direction de l'uretère forme un *angle droit* avec celle de l'artère cervico-vaginale ».

Et si l'uretère croise bien l'utérine, ce croisement se produit à distance et dans deux plans différents. Il suffit de pratiquer, comme nous l'avons fait, des hystérectomies totales sur le cadavre après avoir insinué dans les uretères des sondes semi-rigides pour être assuré de la véracité de ce fait. En tirant sur l'utérus après avoir refoulé la vessie, ce croisement classiquement à 2 cm. du col se trouve en réalité beaucoup plus en dehors, l'uretère dans un plan sagittal, l'utérine et ses branches dans un plan frontal, séparés par un intervalle de plus de 3 cm.

Opératoirement, d'ailleurs, ce ne sont pas tant les différences de technique entre les hystérectomies subtotaux et les hystérectomies totales qui entraînent des risques pour l'uretère que les conditions anatomo-pathologiques dans lesquelles s'effectuent ces hystérectomies ; et c'est ainsi que :

— Petrescu insiste surtout sur la proximité de l'ure-

tère et du moignon utéro-ovarien et écrit : « Au moment où le chirurgien est prêt à pincer ou à lier ce pédicule, il doit toujours se rappeler le voisinage de l'uretère, surtout si les annexes adhérentes aux feuillets du ligament large et au péritoine pariétal masquent en l'englobant le pédicule vasculaire de sorte que la ligature placée sur le pédicule raccourci voisine de très près la zone des gros vaisseaux croisés à ce niveau par l'uretère ».

Pour cet auteur, c'est encore au moment du premier ou du dernier point du surjet péritonéal que l'uretère peut être pris et coincé par la ligature. Cet accident, qui pourrait se produire aussi bien dans les hystérectomies subtotaux que dans les totales, nous paraît à vrai dire assez rare.

— Il existe une autre cause de blessure possible de l'uretère, ce sont les tumeurs des ligaments larges ; Lenormant, Leibovici, Petrescu sont d'accord sur ce sujet : il est bien évident que là encore on doit incriminer non pas la technique mais bien les conditions d'intervention et le risque est le même dans les deux variétés d'hystérectomies.

— Quant à la lésion de l'uretère dans sa portion juxta-cervicale, les mêmes auteurs sont d'accord pour accorder à ce danger une importance minime au cours des hystérectomies totales, le croyant possible dans deux conditions bien spéciales : le procédé américain

appliqué à l'hystérectomie totale, et les lésions de l'uretère siègeraient du côté où l'on termine ; et lorsque, par suite d'un accident, la ligature de l'utérine ou de ses branches dérape et qu'il faut aller rechercher ces branches rétractées en dehors au milieu d'une zone obscurcie par le sang, on peut être amené à léser l'uretère ; c'est pourquoi nous attacherons tant d'importance à l'hémostase de l'utérine et de ses branches.

Donc, les dangers de lésion de l'uretère ne sont pas spéciaux à l'hystérectomie totale effectuée avec une technique rigoureuse et nous terminerons en citant ces paroles de Lenormant et Leibovici : « La totale est plus une condition qu'une cause de la fistule urétéro-vaginale, elle n'est pas responsable de la blessure de l'uretère, mais elle ouvre dans le fond du vagin la voie que suivra l'urine ; il est hors de doute qu'on a du blesser l'uretère au cours d'hystérectomies supravaginales mais il n'y a certes pas, dans ces cas, de fistulisation par le vagin... » et cette fistulisation est la traduction clinique qui fait habituellement penser à cet accident, alors que dans les hystérectomies subtotaales il passe parfois inaperçu.

La fréquence des prolapsus post-opératoires

On accuse l'hystérectomie totale d'être à l'origine de prolapsus post-opératoires mais sans jamais donner

de statistiques dont le nombre des cas rapportés justifierait cette affirmation : on ne trouve en effet dans la littérature que quelques cas isolés, tels ceux de Payne, de Norfolk, au nombre de 4, de Kennedy, de New-York, qui décrit un procédé de reconstruction des ligaments du col après hystérectomie totale.

— Fayot, dans sa thèse, décrit trois cas de prolapsus post hystérectomies subtotaux et pas un seul après hystérectomie totale.

— Diamant-Berger estime la fréquence des prolapsus équivalente dans les hystérectomies totale et subtotale.

Pour notre part, nous ne croyons pas à l'efficacité des ligaments de l'utérus contre les prolapsus utérins, l'échec des hystéropexies en fait foi ; nous pensons avec Begouin de Bordeaux, que le facteur essentiel des prolapsus génitaux, après la déficience du périnée, est la *pression abdominale* ; par conséquent, la péritonisation haute que nous préconisons formant un diaphragme qui isole le vagin de la pression des anses intestinales et qui fixe la vessie devrait être un élément permettant de diminuer le risque de ces prolapsus. Nous n'en avons jamais observés, mais nos résultats sont trop récents pour que nous puissions affirmer cette hypothèse.

* * *

De ce deuxième chapitre ressortent les avantages de l'hystérectomie totale en général comme traitement des fibromes utérins, et en particulier de l'hystérectomie totale avec péritonisation vésico-rectale dont nous allons décrire maintenant la technique telle qu'elle est pratiquée à la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière.

TROISIÈME PARTIE

TECHNIQUE

Nous ne voulons pas reprendre l'étude des différents procédés d'hystérectomie totale (A. Gosset, 1909, Walter, dans la thèse d'Escudie de 1919, Villandre, dans la thèse de Ledoux de 1925, Gosset et Milianitch, 1928, Wiart, 1929, Toupet, *Technique chirurgicale*), ceux-ci ayant fait l'objet d'une thèse antérieure (Diamant-Berger).

Nous envisagerons simplement l'hystérectomie totale telle qu'elle est pratiquée actuellement à la Salpêtrière, et nous allons rappeler le but général de cette technique avant de la décrire :

- Assurer une hémostase rigoureuse : c'est le temps capital,

- Etablir un drainage vaginal efficace parce que déclive,

- Réaliser une péritonisation étanche n'altérant pas gravement les rapports des viscères du petit bassin et réduisant au minimum la cavité sous-péritonéale.

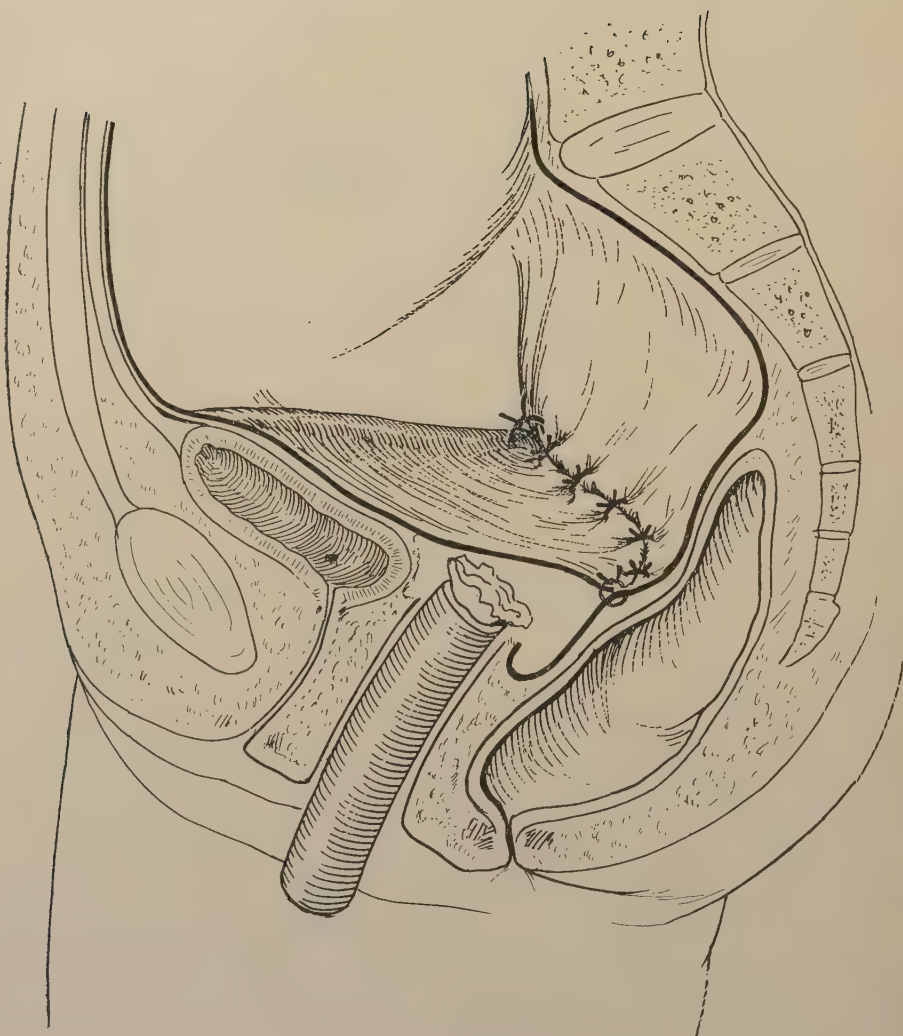


Figure 1 : d'après J. Charrier et J. Gosset
Aspect schématique du petit bassin vu en coupe après péritonisation
et drainage.

I. Soins pré-opératoires

- 1° Examen général complet ;
- 2° Dosage systématique de l'urée sanguine ;
- 3° Etude des temps de saignement et de coagulation que l'on modifie éventuellement ;
- 4° Numération globulaire, le nombre des globules rouges renseignant sur l'anémie éventuelle, que l'on peut parer par de petites transfusions pré-opératoires, le nombre et la formule des globules blancs indiquant le degré d'infection latente et guidant la vaccination.
- 5° Vaccination pré-opératoire, dont nous avons antérieurement donné les modalités.
- 6° Les jours précédant l'intervention, nettoyage soigné du vagin au savon et mise en place de mèches iodoformées ; sur la table d'opération, pratique au spéculum d'un iodage vaginal minutieux, en dépliant bien la muqueuse et mise en place d'une pince porte-laminaire fenêtrée stérile dont nous verrons l'intérêt.

II. L'intervention

- 1° L'anesthésie, soit générale à l'éther si la radioscopie pré-opératoire ne donne pas de contre-indication, ou au cyclo-propane ; soit rachidienne, si la tension artérielle est normal .

2° Laparotomie médiane sous-ombilicale, l'opérateur se plaçant à droite, en ayant soin de sectionner les muscles jusqu'au contact de la symphyse pubienne ; ouverture du péritoine dont on saisit l'angle inférieur par une pince de Kocher ; mise en place d'une valve sus-pubienne de Doyen, la malade étant basculée en Trendelenburg.

3° Exploration des lésions et protection du grand péritoine : après avoir reconnu le siège, le volume du fibrome, libéré les annexes si nécessaire, on isole la région opératoire de la grande cavité péritonéale par trois champs : un champ médian refoulant les anses intestinales, deux latéraux fixés par le grand écarteur de Gosset qui vient agrandir le jour opératoire.

On amarre le corps utérin par une pince de Museux et l'on place d'emblée deux pinces de Kocher au niveau des cornes utérines, prenant de chaque côté ligament rond et trompe, assurant une contre hémotase ; ces pinces sont également un mode de traction et peuvent remplacer dans bien des cas la pince de Museux.

4° Ligature immédiate du pédicule utéro-ovarien et du ligament rond de chaque côté à la Réverdin ou au passe-fil *sans pincement préalable* ; la ligature du ligament rond est assez particulière, elle ne se borne pas à la prise de celui-ci dans le feuillet antérieur du ligament large, elle doit prendre au contraire les deux

feuilletés péritonéaux et être jointive à celle du pédicule utéro-ovarien : l'étage supérieur du ligament large est ainsi déjà fermé par ces deux ligatures.

5° Incision et décollement du péritoine dans le sillon vésico-utérin : l'utérus étant toujours tiré vers le haut, l'incision étant pratiquée, on refoule la vessie jusqu'à bien voir les fibres longitudinales du vagin, et que l'on puisse contrôler au besoin par palpation la situation du col. Il faut également pousser ce décollement sur les côtés où parfois une veinule saigne mais ne nécessite pas de ligature, la compression suffisant à arrêter ce petit saignement.

6° Prise des utérines. Elle est effectuée suivant la technique de Wiart :

— on place des pinces de Kocher transversalement comme dans l'hystérectomie subtotale, mais on a soin de les mettre assez bas pour que la distance comprise entre elles et la zone d'implantation vaginale sur le col n'excède pas la longueur que peut prendre facilement une deuxième pince de Kocher.

— pince que l'on place, après section des utérines en mordant un peu latéralement dans le muscle utérin, une de chaque côté, *verticale*, parallèle au bord utérin, descendant jusqu'au vagin. Section en dedans de ces pinces.

7° Ouverture du vagin. — Avant de pratiquer celle-ci, on protège le Douglas par un petit champ supplémentaire.

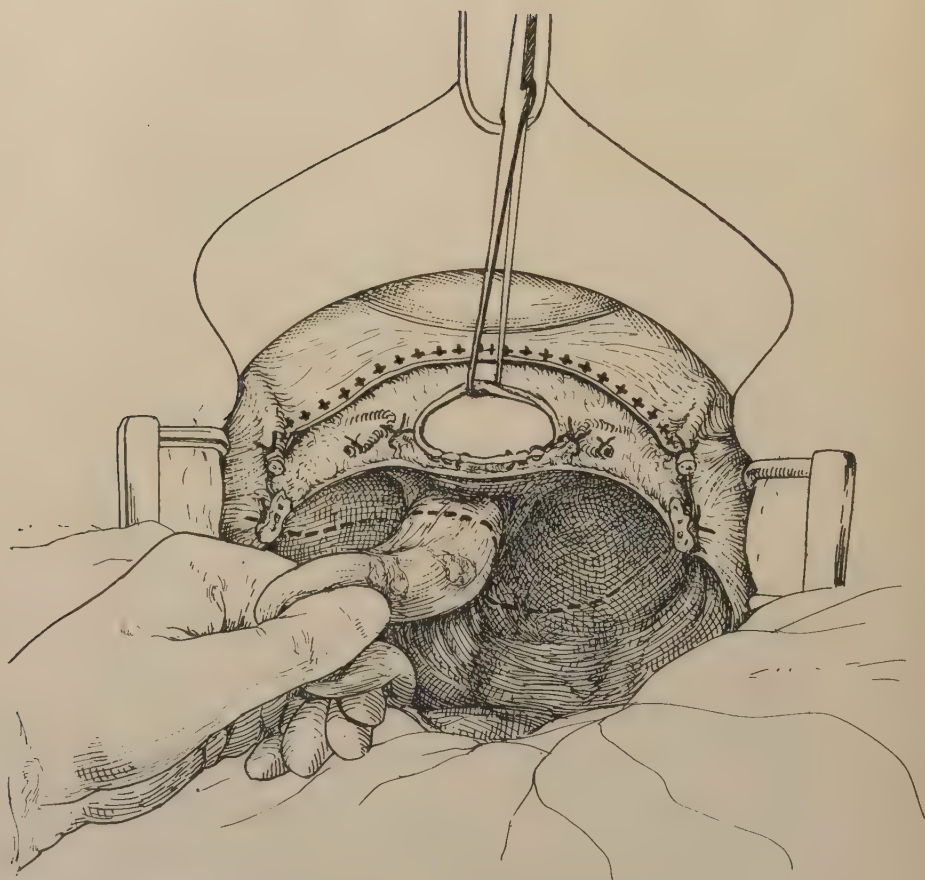


Figure 2 : d'après J. Charrier et J. Gosset.
 Schéma de la ligne de péritonisation :
 (+ = ligne vésicale antérieure,
 — = ligne pariéto-rectale postérieure).

Si la vessie, quoique bien refoulée, gêne encore, on peut mettre en place un écarteur malléable qui la maintiendra.

On soulève le vagin avec une pincée tire-balle, on le ponctionne au bistouri et l'on agrandit à droite puis à gauche, aux ciseaux, en rasant l'insertion cervicale du vagin. Lorsque la paroi antérieure du vagin a été

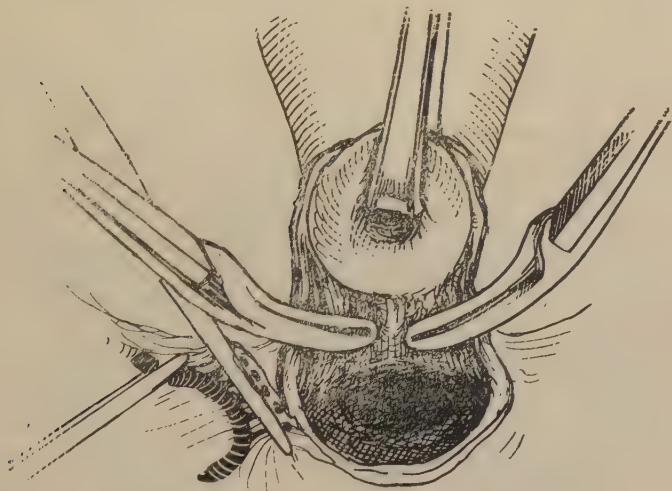


Figure a) : d'après J. Charrier et J. Gosset

sectionnée et que l'utérus tient encore par la paroi postérieure, on arrête ce temps de section et on place dans le vagin ouvert une compresse iodée.

Sur la paroi postérieure du vagin viennent se terminer les ligaments utéro-sacrés : pour faire l'hémotase des vaisseaux qui les suivent, des pinces coudées du type J.L. Faure viennent saisir de chaque côté

Sautter 6

le 1/3 externe de la paroi vaginale non encore sectionnée, le col étant attiré par une pince de Museux (figure a) ; puis on finit de sectionner le vagin.

8° Hémostase.

— La ligature placée sur l'utérine au-dessous de la pince transversale ne présente rien de particulier,

— La ligature sur la deuxième pince verticale, au

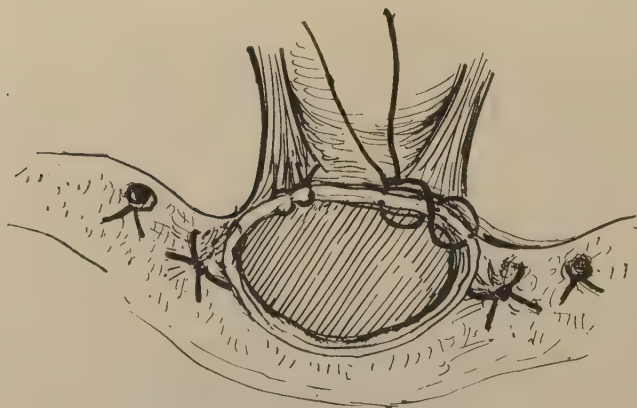


Figure b) : d'après J. Charrier et J. Gosset

contraire, demande quelques précautions particulières qui évitent à coup sûr son dérapage : elle sera amarrée deux fois, en bas à l'angle du vagin, en haut dans les tissus, réalisant un véritable point en U qui ne peut glisser.

— Nous insistons sur un dernier point d'hémostase : l'hémostase du 1/3 externe de la paroi vaginale postérieure ; elle est assurée par des *points en 8* au

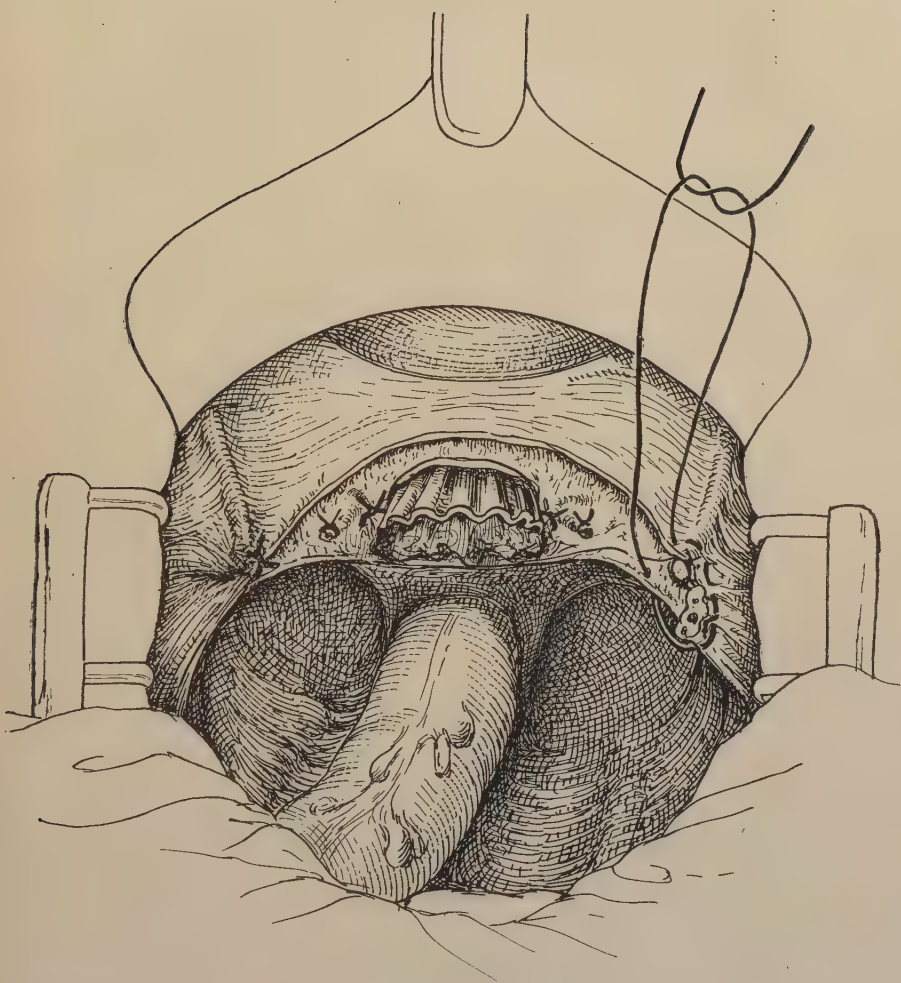


Figure 3 : d'après J. Charrier et J. Gosset
Points en bourse enfouissant les moignons utéro-ovarien et rond.

niveau des pinces de J.L. Faure ; ces points rétrécissent en outre suffisamment le vagin qui par ailleurs ne saigne pas et ne nécessite aucun point complémentaire sur sa tranche (figure *b*) ; on laisse les chefs de ces fils longs.

9° Mise en place du drainage.

Après ablation de la mèche vaginale, le vagin est maintenu ouvert par la pince tire-balle en avant et en arrière par les deux fils que l'on a gardés ; on fait légèrement pousser par un aide la pince porte-laminaire placée avant l'opération dans le vagin jusqu'à ce qu'on aperçoive son œil : on engage alors dans celui-ci le fil de bronze qui arme la partie inférieure du drainage (celui-ci peut être réalisé soit par des mèches contenues par un étui de cellophane, soit, et plus volontiers, par une lame de caoutchouc ondulé enroulée autour d'une ou deux mèches peu tassées débordant en haut le caoutchouc de 1 centimètre) ; l'aide, en tirant sur la pince, amène la partie haute du drainage jusqu'au niveau de la tranche de section du vagin qu'elle affleure ; on l'y fixe par un petit catgut ; on enlève le petit champ du Douglas, et on change de gants et d'instruments.

10° Péritonisation.

Il est à noter que l'on disposera de moins de péritoine en avant (vessie) qu'en arrière (plan pariéto-rectal) où il se laisse très bien amener, ce que l'on

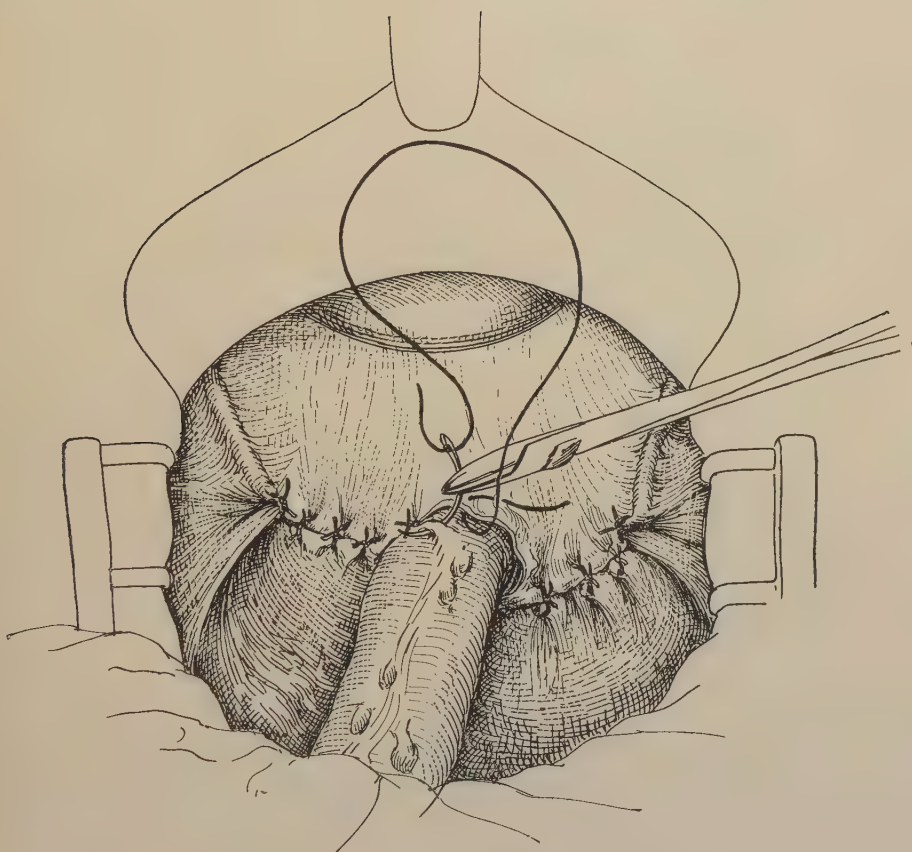


Figure 4 : d'après J. Charrier et J. Gosset
Temps latéraux de la péritonisation vésico-rectale.

constate à chaque intervention, et l'on est obligé de le froncer. D'autre part, il faut se garder de placer ses points sur le péritoine postérieur trop haut vers le promontoire (figure 2).

— A gauche, le péritoine qui représente la base du mésosigmoïde est infiltré de graisse,

— A droite, il existe un profond sillon latéro-rectal qu'il *faut effacer complètement*, en allant chercher le péritoine au fond de celui-ci.

— Sur les flancs du rectum, il faut éviter de piquer les vaisseaux, ce qui produirait un hématome sous-séreux. Pour réaliser cette péritonisation, on se sert d'une longue pince à disséquer mousse et d'aiguilles soit courbes montées sur porte-aiguilles, soit de Reverdin fine à petite courbure et long manche. Quant au matériel de suture, et nous insistons sur ce fait, il est *non résorbable* (soie ou lin).

Exécution :

— Commencer par faire à droite et à gauche un point en bourse enfouissant d'un seul coup les moignons du pédicule utéro-ovarien et du ligament rond (figure 3)

— Puis, par des points séparés au nombre de 3 ou 4 à gauche, de 4 à 5 à droite, suturer le péritoine vésical au préritoine latéro-rectal que l'on fronce si nécessaire surtout à droite ; pour ce temps opératoire, il est parfois utile de faire tirer un peu l'intestin en haut par son aide. Il est capital de bien fermer le sillon latéro-rectal droit (figure 4).

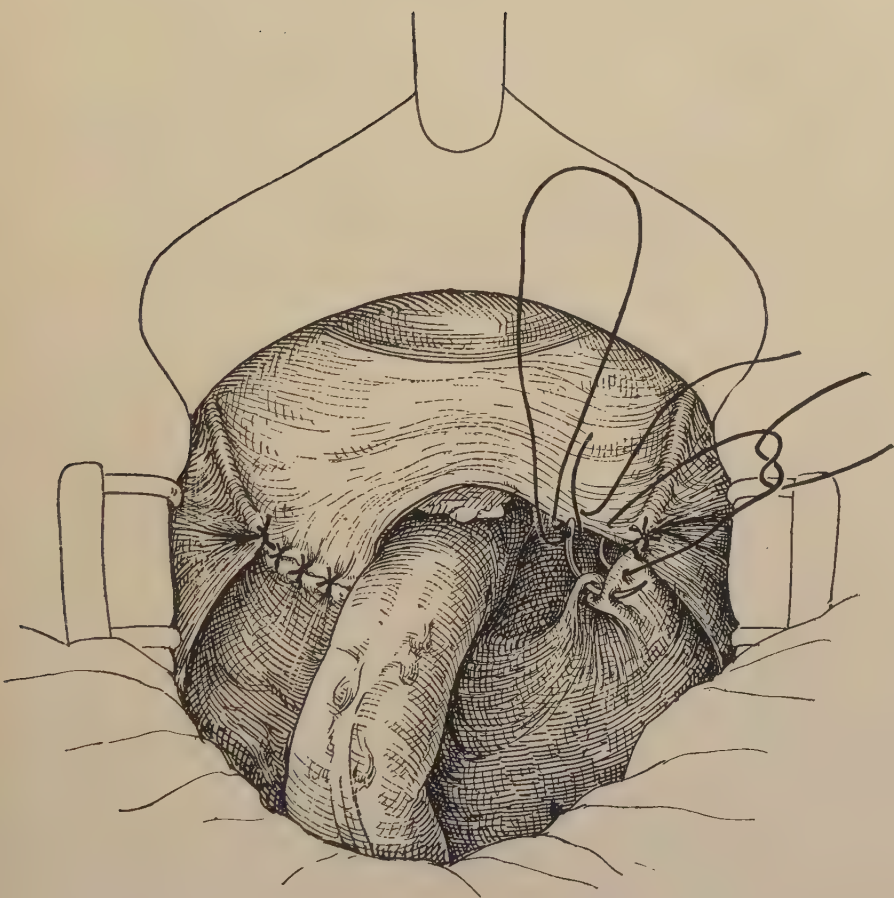


Figure 5 : d'après J. Charrier et J. Gosset
Temps médian de la péritonisation vésico-rectale, et vue d'ensemble
de la péritonisation réalisée.

— Terminer en suturant par 3 ou 4 points la partie moyenne du péritoine vésical à la face antérieure du rectum (figure 5).

11° Fermeture de la paroi, sans drainage :

— Fermeture du péritoine par quelques points en U à la soie ou au lin sauf à la partie toute supérieure,

— Fermeture du plan musculaire aponévrotique par des points séparés à la soie ou au lin N° 2,

— Soie ou agrafes sur la peau.

III. Les soins post-opératoires

Ces soins sont classiques. Insistons cependant sur :

— L'importance du sérum physiologique que l'on doit injecter en grande quantité ;

— La position demi-assise qui facilite le drainage.

Le drainage tombe en général de lui-même vers le huitième jour ; sinon, une traction légère suffit à le retirer.

QUATRIÈME PARTIE

RÉSULTATS ET OBSERVATIONS

PREMIER CHAPITRE

RÉSULTATS

Les 107 cas rapportés d'hystérectomies totales pour fibromes ont été opérés par le Professeur Gosset d'une part, par MM. J. Charrier et J. Gosset qui en ont réglé la technique (majorité des cas rapportés) d'autre part, enfin, par différents chirurgiens de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.

Nous relevons 1 mort, soit moins de 1 %, et il s'agit d'une complication broncho-pulmonaire ayant entraîné une éviscération sur une paroi anormalement déficiente.

On a reproché à la péritonisation haute de donner lieu à des étranglements du sigmoïde ou du rectum entraînant des troubles du transit allant de la consti-

pation à l'occlusion : nous n'en avons jamais observés, les malades, dans leur ensemble, rendant au contraire leurs gaz avec une extrême facilité.

Si nous avons observé trois cas de phlébites, nous n'avons jamais rencontré d'embolies ni de phénomènes infectieux post-opératoires : cellulite ou péritonite à colibacilles ou autres germes.

Surtout, nous ne relevons *aucun* cas d'hémorragie post-opératoire.

Quant aux lésions de l'uretère, elles sont absentes de notre statistique. Insistons cependant sur des incidents urinaires que nous avons observés dans les premiers cas relatés où l'uretère semblait irrité par la trop grande rigidité du drain cellophane ; ils cédaient en effet dès la chute de ce drain et depuis qu'on lui préfère le drainage par lame de caoutchouc ces incidents n'ont plus été observés.

Dans la très grande majorité des cas, les suites opératoires ont donc été particulièrement simples.

DEUXIEME CHAPITRE

OBSERVATIONS

Observation I. — Femme de 37 ans présentant un fibrome de moyen volume avec réactions annexielles. Intervention le 9 septembre 1935 : fibrome + salpingite bilatérale. Suites opératoires : émission facile des gaz dès le lendemain, aucun incident. Sortie le 1^{er} octobre 1935.

Observation II. — Femme de 49 ans présentant un gros fibrome. Vaccination pré-opératoire. Intervention le 19 septembre 1935 : gros fibrome mobile sans lésions annexielles. Suites opératoires normales, sortie le 9 octobre 1935.

Observation III. — Femme de 50 ans présentant un petit fibrome. Vaccination pré-opératoire. Intervention le 14 janvier 1936 : fibrome sans lésions annexielles. Suites opératoires normales. Sortie le 30 janvier 1936.

Observation IV. — Femme de 42 ans présentant un fibrome de la grosseur d'une orange. Vaccination pré-opératoire : 14200 G.B. avant, 8200 après. Inter-

vention le 11 février 1936 : fibrome mobile. Suites opératoires : phénomènes dysuriques les premiers jours disparaissant après chute du drainage le septième jour. Sortie le 27 février 1936.

Observation V. — Femme de 45 ans présentant un fibrome avec annexite droite. Vaccination pré-opératoire. Intervention le 3 février 1936 : fibrome + annexite droite adhérente. Emission facile des gaz. Sortie le 19 février 1936.

Observation VI. — Femme de 53 ans présentant un très gros fibrome. Vaccination pré-opératoire. Intervention le 22 avril 1936 : fibrome volumineux sans lésions annexielles. Suites opératoires normales. Sortie le 19 mai 1936.

Observation VII. — Femme de 50 ans présentant un fibrome. Vaccination pré-opératoire. Intervention le 27 avril 1936. Suites opératoires normales. Sortie le 20 avril 1936.

Observation VIII. — Femme de 46 ans présentant un gros fibrome fixé. Vaccination pré-opératoire. Intervention le 8 mai 1936: fibrome enclavé dans le petit bassin. Suites opératoires normales. Sortie le 30 mai 1936.

Observation IX. — Femme de 45 ans porteuse d'un fibrome. Vaccination pré-opératoire. Intervention

le 18 mai 1936. Suites opératoires : température normale d'emblée. Sortie le 13 juin 1936.

Observation X. — Femme de 33 ans entrée pour fibrome. Vaccination pré-opératoire. Intervention le 25 mai 1936 : fibrome et annexite double. Suites opératoires : rétention d'urine mais température d'emblée normale. Sortie le 18 juin 1936.

Observation XI. — Femme de 35 ans présentant un gros fibrome et une salpingite bilatérale. Vaccination pré-opératoire. Intervention le 8 juin 1936. Suites opératoires normales. Sortie le 26 juin 1936.

Observation XII. — Femme de 46 ans présentant un gros fibrome et un polype accouché par le col. Vaccinothérapie. Intervention le 11 juin 1936. La température est redevenue normale le troisième jour après un crochet à 38°4. Sortie le 1^{er} juillet 1936.

Observation XIII. — Femme de 44 ans entrée pour fibrome. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 17 juin 1936. Suites opératoires normales. Sortie le 4 juillet 1936.

Observation XIV. — Femme de 54 ans entrée pour fibrome. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 1^{er} juillet 1936 : fibrome + salpingite bilatérale. Suites opératoires : après un crochet à 39°2 le lendemain de l'opération, la température redescend à la normale. Sortie le 27 juillet 1936.

Observation XV. — Femme de 50 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 3 juillet 1936. Température normale d'emblée. La malade sort le 23 juillet 1936.

Observation XVI. — Femme de 49 ans présentant un gros fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 24 juillet 1936. Suites opératoires : température d'emblée normale. Sortie le 14 août 1936.

Observation XVII. — Femme de 48 ans entrée pour fibrome volumineux. Vaccinothérapie. Intervention le 29 juillet 1936 : fibrome + kyste de l'ovaire droit, difficile. Suites opératoires : après un crochet à 38°4, le premier jour, la température redevient normale. Sortie le 21 août 1936.

Observation XVIII. — Femme de 45 ans entrée pour gros fibrome. Vaccination. Intervention le 1^{er} août 1936. Suites opératoires : maximum de température 38°6 le troisième jour puis descente en lysis. Sortie le 26 août 1936.

Observation XIX. — Femme de 38 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 1^{er} août 1936 : petit fibrome. Suites opératoires : température normale d'emblée. Sortie le 21 août 1936.

Observation XX. — Femme de 42 ans présentant un gros fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le

1^{er} août 1936. Suites opératoires : rétention d'urine nécessitant la pose d'une sonde à demeure, température persistant entre 37° et 38° pendant 15 jours. Guérison, sortie le 8 septembre 1936.

Observation XXI. — Femme de 56 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 3 août 1936 : gros fibrome bosselé. Température normale d'emblée. Sortie le 28 août 1936.

Observation XXII. — Femme de 30 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 5 août 1936 : gros fibrome et kyste de l'ovaire droit. Suites opératoires : température au-dessous de 37° les premiers jours puis crochet brutal à 39° le 15^e jour : angine et transfert en médecine, guérie opératoirement.

Observation XXIII. — Femme de 47 ans entrée pour un gros fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 6 août 1936. Suites opératoires : complications pulmonaires avec température s'élevant progressivement. En même temps, émission difficile des gaz. Sérum hypertonique salé intra-veineux : très efficace. La température s'abaisse en même temps que les complications pulmonaires évoluent favorablement. Guérison. Sortie le 15 octobre 1936.

Observation XXIV. — Femme de 39 ans entrée pour gros fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 8 août

1936. Température normale d'emblée. Sortie le 25 août 1936.

Observation XXV. — Femme de 66 ans entrée pour pertes sanglantes. Curettage explorateur le 3 août 1936 : métrite chronique. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 24 août 1936 : gros fibrome. Suites opératoires : subfébrile les premiers jours mais tout rentre rapidement dans l'ordre et la malade sort le 16 septembre 1936.

Observation XXVI. — Femme de 41 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 25 août 1936. Température normale d'emblée. Sortie le 12 septembre 1936.

Observation XXVII. — Femme de 47 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 30 septembre 1936. Température normale presque d'emblée. Sortie le 19 octobre 1936.

Observation XXVIII. — Femme de 33 ans entrée pour petit fibrome. Vaccinothérapie non pratiquée. Intervention le 10 octobre 1936 : utérus fibreux fixé en rétro-version. Suites opératoires simples. Sortie le 1^{er} novembre 1936.

Observation XXIX. — Femme de 46 ans entrée pour fibrome. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 13 octobre 1936. Suites opératoires normales. Sortie le 1^{er} novembre 1936.

Observation XXX. — Femme de 25 ans entrée pour kyste de l'ovaire. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 15 octobre 1936 : kyste de l'ovaire droit, salpingite bilatérale, utérus fibromateux. Suites opératoires : après un crochet à 39°4, la température est normale le quatrième jour. Sortie le 8 novembre 1936.

Observation XXXI. — Femme de 49 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 17 octobre. Suites opératoires normales. Sortie le 11 novembre 1936.

Observation XXXII. — Femme de 40 ans entrée pour gros fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 3 novembre 1936 : fibrome de la grosseur d'une tête d'enfant et salpingite gauche. Température normale dès le deuxième jour. Sortie le 24 novembre 1936.

Observation XXXIII. — Femme de 47 ans entrée pour très gros fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 5 novembre 1936. Suites opératoires particulièrement simples. Sortie le 24 novembre 1936.

Observation XXXIV. — Femme de 38 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie ? Intervention le 3 décembre 1936. Suites opératoires non précisées. Sortie le 30 décembre 1936.

Observation XXXV. — Femme de 60 ans entrée pour fibrome. Pas de vaccinothérapie. Intervention

le 4 décembre 1936. Suites opératoires normales. Sortie le 22 décembre 1936.

Observation XXXVI. — Femme de 48 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 5 décembre 1936. Suites opératoires très simples. Sortie le 21 décembre 1936.

Observation XXXVII. — Femme de 41 ans entrée pour petit fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 10 décembre 1936. Suites opératoires : phénomènes dysuriques transitoires. Sortie guérie le 24 décembre 1936.

Observation XXXVIII. — Femme de 40 ans, entrée pour fibrome. Vaccinothérapie ? Intervention le 16 avril 1937 : fibrome + kyste de l'ovaire gauche. Suites opératoires non précisées. Sortie le 8 mars 1937.

Observation XXXIX. — Femme de 48 ans entrée pour métrorragies dues à un polype. Vaccinothérapie. Intervention le 15 mars 1937. Suites opératoires normales. Sortie le 4 avril 1937.

Observation XL. — Femme de 32 ans entrée pour annexite. Vaccinothérapie. Intervention le 20 avril 1937 : petit fibrome et annexes adhérentes. Suites opératoires : après un crochet thermique à 39°3, évolution simple. Sortie le 6 mai 1937.

Observation XLI. — Femme de 42 ans entre pour un gros fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 26 avril 1937 : fibrome très volumineux. Suites opératoires sans incidents. Sortie le 26 mai 1937.

Observation XLII. — Femme de 39 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 29 avril 1937. Suites opératoires normales. Sortie le 16 mai 1937.

Observation XLIII. — Femme de 48 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 3 mai 1937 : fibrome + hémato-salpinx droit. Suites opératoires : température irrégulière, phlébite au douzième jour ; la température n'est redevenue normale que le 34^e jour. Sortie guérie le 18 juillet 1937.

Observation XLIV. — Femme de 42 ans présentant un gros fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 5 mai 1937. Suites opératoires très simples. Sortie le 2 juin 1937.

Observation XLV. — Femme de 35 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 10 mai 1937. Suites opératoires habituelles, mais la malade reste longtemps asthénique et ne sort que le 16 juin 1937.

Observation XLVI. — Femme de 40 ans entrée pour utérus fibromateux. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 12 mai 1937 : 2 petits fibromes du corps.

Suites opératoires : température normale d'emblée.
Sortie le 5 juin 1937.

Observation XLVII. — Femme de 41 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 18 mai 1937 : petit fibrome. Température normale d'emblée. Sortie le 7 juin 1937.

Observation XLVIII. — Femme de 39 ans entrée pour métrorragies : polype utérin. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 25 mai 1937. Suites opératoires : après un crochet à 39°, la température redescend progressivement. Sortie le 22 juin 1937.

Observation XLIX. — Femme de 44 ans entrée pour un très gros fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 2 juin 1937 : énorme fibrome. Suites opératoires normales. Sortie le 1^{er} juillet.

Observation L. — Femme de 43 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 4 juin 1937 : fibrome + salpingite bilatérale. Suites opératoires simples. Sortie le 12 juillet 1937.

Observation LI. — Femme de 50 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 17 juin 1937 : fibrome + double hydro-salpinx adhérent. Température normale d'emblée. Sortie le 4 juillet 1937.

Observation LII. — Femme de 47 ans, entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 4 juin 1936. Suites opératoires normales. Sortie le 1^{er} juillet 1937.

Observation LIII. — Femme de 32 ans entrée pour gros fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 30 juin 1937 : volumineux fibrome enclavé. Suites opératoires normales. Sortie le 19 juillet 1937.

Observation LIV. — Femme de 52 ans entrée pour fibrome. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 9 juillet 1936 : fibrome de la corne gauche. Température normale d'emblée. Sortie le 25 juillet 1937.

Observation LV. — Femme de 38 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 15 juillet 1937 : fibrome pédiculé. Suites opératoires : après un crochet à 39°2, la température redescend progressivement à la normale ; la malade est gardée plus d'un mois par prudence, ayant fait un début de phlébite avant l'intervention. Sortie le 18 juillet 1937.

Observation LVI. — Femme de 63 ans, entrée pour volumineux fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 16 juillet 1937 : gros fibrome et pyosalpinx. Suites opératoires : après être montée à 39° la température baisse rapidement. Sortie le 15 août 1937.

Observation LVII. — Femme de 36 ans entrée pour fibrome. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 17 juillet 1937. Suites opératoires normales. Sortie le 4 août 1937.

Observation LVIII. — Femme de 42 ans entrée

pour volumineux fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 21 juillet 1937 : gros fibrome + kyste de l'ovaire gauche et salpingite droite. Suites opératoires normales. Sortie le 8 août 1937.

Observation LIX. — Femme de 50 ans entrée pour fibrome. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 26 juillet 1937. Suites opératoires normales. Sortie le 14 août 1937.

Observation LX. — Femme de 34 ans entrée pour annexite bilatérale. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 30 juillet 1937 : annexite double + fibrome. Suites opératoires : température stabilisée le 10^e jour (maximum 38°5) à la normale. Quelques phénomènes dysuriques, sonde à demeure. Sortie le 26 août 1937.

Observation LXI. — Femme de 39 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 31 août 1937 : fibrome + kyste de l'ovaire gauche. Suites opératoires : température normale d'emblée. Sortie le 18 septembre 1937.

Observation LXII. — Femme de 41 ans, entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 6 octobre 1937. Suites opératoires simples. Sortie le 6 novembre 1937.

Observation LXIII. — Femme de 35 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 14 octo-

bre 1937 : fibrome + salpingite droite. Suites opératoires normales. Sortie le 23 novembre 1937.

Observation LXIV. — Femme de 35 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 15 octobre 1937. Suites opératoires normales. Sortie le 11 novembre 1937.

Observation LXV. — Femme de 33 ans entrée pour kyste de l'ovaire. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 18 octobre 1937 : gros kyste de l'ovaire gauche + fibrome. Suites opératoires normales. Sortie le 12 novembre 1937.

Observation LXVI. — Femme grasse de 43 ans, entrée pour annexite. Vaccinothérapie. Intervention le 25 octobre 1937 : fibrome + hydrosalpinx bilatéral. Suites opératoires normales. Sortie le 12 novembre 1937.

Observation LXVII. — Femme de 47 ans, entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 22 octobre 1937. Suites opératoires normales. Sortie le 10 novembre 1937.

Observation LXVIII. — Femme de 48 ans entrant pour fibrome avec troubles de compression. Vaccinothérapie. Intervention le 3 novembre 1937 : fibrome inclus + hydrosalpinx. Suites opératoires fébriles : température oscillante jusqu'au 20^e jour. Cependant guérison et sortie le 11 décembre 1937.

Observation LXIX. — Femme de 45 ans entrant pour gros fibrome fixé. Vaccinothérapie. Intervention le 12 novembre 1937 : gros fibrome inclus. Suites opératoires particulièrement simples. Sortie le 27 novembre 1937.

Observation LXX. — Femme de 42 ans entrée pour fibrome. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 22 novembre 1937. Suites opératoires normales mais un peu de fièvre à 38° pendant 12 jours. Sortie le 12 décembre 1937.

Observation LXXI. — Femme de 32 ans entrée pour gros fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 29 novembre 1937 : fibrome très volumineux. Suites opératoires simples. Sortie le 19 décembre 1937.

Observation LXXII. — Femme de 46 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 6 décembre 1937. Suites opératoires normales. Sortie le 26 décembre 1937.

Observation LXXIII. — Femme de 36 ans entrée pour fibrome. *Pas de vaccinothérapie.* Intervention le 8 décembre 1937. Suites opératoires : température irrégulière et apparition d'une phlébite le 21 décembre 1937. Guérison et sortie le 3 février 1938.

Observation LXXIV. — Femme de 38 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 13 dé-

cembre 1937 : fibrome sur un utérus en rétro-version plus kyste de l'ovaire. Suites opératoires normales. Sortie le 8 janvier 1938.

Observation LXXV. — Femme de 32 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 14 décembre 1937 : fibrome nécrobiosé. Suites opératoires simples. Sortie le 11 janvier 1938.

Observation LXXVI. — Femme de 33 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 15 décembre 1937. Suites opératoires normales. Sortie le 13 janvier 1938.

Observation LXXVII. — Femme de 49 ans entrée pour très gros fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 17 décembre 1937. Suites opératoires : phlébite. Guérison et sortie le 5 mars 1938.

Observation LXXVIII. — Femme de 25 ans entrée pour kyste de l'ovaire. Vaccinothérapie. Intervention le 16 décembre 1937 : plusieurs fibromes utérins + petit kyste de l'ovaire. Suites opératoires normales. Sortie le 31 décembre 1937.

Observation, LXXIX. — Femme de 41 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 18 décembre 1937. Suites opératoires normales. Sortie le 5 janvier 1938.

Observation LXXX. — Femme de 43 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 22 décembre 1937 : fibrome + salpingite gauche et kyste de l'ovaire droit. Suites opératoires normales. Sortie le 15 janvier 1938.

Observation LXXXI. — Femme de 38 ans, entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 29 décembre 1937. Suites opératoires normales. Sortie le 19 janvier 1938.

Observation LXXXII. — Femme de 33 ans, entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 12 janvier 1938. Suites opératoires normales. Sortie le 30 janvier 1938.

Observation LXXXIII. — Femme de 46 ans, entrée pour gros fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 17 janvier 1938. Suites opératoires subfébriles. Guérison et sortie le 20 février 1938.

Observation LXXXIV. — Femme de 56 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 18 janvier 1938. Après un crochet à 40°, réaction broncho-pulmonaire. Température normale le 20^e jour. Sortie le 10 février 1938.

Observation LXXXV. — Femme de 64 ans, entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 19 janvier 1938. Suites opératoires normales. Sortie le 17 février 1938.

Observation LXXXVI. — Femme de 31 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 31 janvier 1938 : fibrome moyen + 2 petits kystes ovariens. Suites opératoires normales. Sortie le 25 février 1938.

Observation LXXXVII. — Femme de 47 ans entrée pour métrorragies. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 1^{er} février 1938 : utérus scléreux. Suites opératoires normales. Sortie le 27 février 1938.

Observation LXXXVIII. — Femme de 41 ans, entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 2 février 1938. Suites opératoires non précisées. Sortie le 24 février 1938.

Observation LXXXIX. — Femme de 45 ans entrée pour fibrome saignant. Vaccinothérapie. Intervention le 7 février 1938. Suites opératoires normales. Sortie le 6 mars 1938.

Observation XC. — Femme de 39 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 8 février 1938 : fibrome et annexite. Suites opératoires particulièrement simples. Sortie le 22 février 1938.

Observation XCI. — Femme de 49 ans entrée pour fibrome. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 11 février 1938. Suites opératoires : hématome de la paroi. Sortie le 9 mars 1938.

Observation XCII. — Femme de 41 ans entrée pour un gros fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 11 février 1938. Suites opératoires normales. Sortie le 5 mars 1938.

Observation XCIII. — Femme de 43 ans entrée pour fibrome hémorragique. La biopsie fait le diagnostic de cancer du col coexistant. Vaccinothérapie. Intervention le 12 février 1938. Suites opératoires simples. Réparation lente de l'anémie. Sortie le 7 avril 1938.

Observation XCIV. — Femme de 48 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie ? Intervention le 25 février 1938. Suites opératoires ? Sortie le 22 mars 1938.

Observation XCI. — Femme de 32 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 25 février 1938. Suites opératoires très simples. Sortie le 12 mars 1938.

Observation XCVI. — Femme de 43 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 28 février 1938. Suites opératoires non précisées. Sortie le 30 avril 1938.

Observation XCVII. — Femme de 43 ans entrée pour grosse masse abdominale. Vaccinothérapie. Intervention le 2 mars 1938 : très mauvaise paroi, fibrome utérin et gros kyste de l'ovaire gauche. Suites opératoires : broncho-pneumonie, éviscération, *décès* le 14 mars 1938.

Observation XCVIII. — Femme de 47 ans entrée pour gros fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 10 mars 1938. Suites opératoires très simples. Sortie le 25 mars 1938.

Observation XCIX. — Femme de 32 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 16 mars 1938. Suites opératoires normales. Sortie le 6 avril 1938.

Observation C. — Femme de 42 ans entrée pour fibrome. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 17 mars 1938 : fibrome pédiculé et utérus fibromateux. Suites très simples. Sortie le 31 mars 1938.

Observation CI. — Femme de 41 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 19 mars 1938 : fibrome et salpingite bilatérale. Suites opératoires très simples. Sortie le 3 avril 1938.

Observation CII. — Femme de 32 ans entrée pour fibrome. Pas de vaccinothérapie. Intervention le 23 mars 1938. Suites opératoires normales. Sortie le 7 avril 1938.

Observation CIII. — Femme de 49 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 25 mars 1938. Suites opératoires normales. Sortie le 9 avril 1938.

Observation CIV. — Femme de 50 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie ? Intervention le 28 mars

1938. Suites opératoires non précisées. Sortie le 20 avril 1938.

Observation CV. — Femme de 30 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 1^{er} avril 1938. Suites opératoires normales. Sortie le 24 avril 1938.

Observation CVI. — Femme de 37 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 1^{er} avril 1938. Suites opératoires normales. Sortie le 27 avril 1938.

Observation CVII. — Femme de 48 ans entrée pour fibrome. Vaccinothérapie. Intervention le 1^{er} avril 1938. Suites opératoires très simples. Sortie le 16 avril 1938.

CONCLUSIONS

I. Il existe dans la plupart des cas de fibromes même cliniquement non compliqués d'infection (pas de douleurs, pas d'écoulement suspect, pas de réactions annexielles, courbe de température pré-opératoire normale) un microbisme latent qui fait de l'hystérectomie pour fibrome une intervention bactériologiquement septique.

II. D'où l'intérêt de la vaccination pré-opératoire dont la pratique systématique diminue les risques opératoires.

III. — D'où l'intérêt d'assurer un drainage du petit bassin et d'isoler celui-ci de la grande cavité péritonéale par une véritable cloison étanche.

IV. — D'autre part, le col, dont la tranche de section et la cavité sont septiques, est à la base des complications infectieuses post-opératoires après les hystérectomies supra-vaginales pour fibromes.

V. L'hystérectomie totale, supprimant le col, permettant d'établir un large drainage déclive du petit

bassin par le vagin, complétée par une péritonisation à toute épreuve vésico-rectale, est donc le traitement de choix des fibromes utérins.

VI. L'hystérectomie totale, pratiquée suivant la technique décrite, n'est pas plus sérieuse que l'hystérectomie subtotale comme le prouve l'étude des 107 cas rapportés.

Vu :
le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu :
Le Président de thèse
A. GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

A

- Angelesco.** — « Hystérectomie totale pour tumeurs fibreuses de l'utérus », thèse de Paris, 1897.
- Aubert.** — « La désinsertion vaginale dans l'hystérectomie abdominale totale », *Marseille Médical*, 1922, LIX, p. 447.
- Audard.** — « Le drainage vaginal du péritoine après hystérectomie totale pour annexites suppurées », thèse de Paris, 1902.
- Auspach.** — « Enterostomy and enterocolostomy in the treatment of acute intestinal obstruction following pelvic operation », *J.A.M.A.*, 1918, p. 785-788.

B

- Baldwin.** — « The technic of abdominal hysterectomy », *Transactions American Association Obst. and Gynecology*, 1916, New-York, XXIX, p. 280.
- Boeckel.** — « De l'hystérectomie totale et subtotale », *Revue de gynécologie*, 1906, p. 397-417.

Bonnal. — « A propos de 21 cas de cancer du col restant », *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Marseille*, t. X, N° 6, juin 1936.

Branscourt (Birmingham). — « Le cancer du moignon cervical après l'hystérectomie supra-vaginale », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. XX, n° 1, juillet 1930.

C

Chaput. — « Nouvelle méthode d'hystérectomie abdominale totale », *Revue de gynécologie*, 1906, t. X, p. 195.

Chaton. — « Détail de technique de l'hystérectomie totale : l'ectomie retardée », *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1928, p. 631.

Chevrier. — « L'hémostase dans l'hystérectomie abdominale totale », *Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris, 1910, t. VII, p. 88.

Chevassu. — « L'uretère gynécologique à la lumière de l'urétéro-pyélographie rétrograde », *Mém. de l'Acad. de Chir.*, t. LXII, 8 octobre 1936.

Congrès de chirurgie : 1896, 1897, 1899, 1923, 1924.

D

Dartigues. — « Hystérectomie abdominale totale avec drainage péritonéal direct », *Presse Médicale*, 1921, XXIX, p. 861.

De Bovis. — « Hystérectomie totale ou subtotale dans le traitement des myomes utérins », *Semaine Médicale*, Paris, 1912, XXXII, p. 73.

Delagenière. — « De l'hystérectomie totale pour fibrome », *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1895, XXI, p. 497.

Desmarets et Descomps. — « L'hémostase dans l'hystérectomie totale », *Bull. et Mém. de la Soc. Anatomique de Paris*, décembre 1909.

Diamant-Berger. — *Contribution à l'étude de l'hystérectomie totale*, thèse de Paris, 1929.

— « 14 observations de cancer du col restant après hystérectomie subtotale », *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1930, p. 959.

Doyen. — « Procédé personnel d'hystérectomie totale », *Arch. prov. de chir.*, 1892, I, p. 498 ; 1896, IV, p. 625.

E

Escudié. — *Technique et résultats de l'hystérectomie totale*, thèse de Paris, 1919.

Edge. — « Abdominal panhystérectomy for large fibromyomata of the uterus », *Birmingham Med. Rev.*, 1896, XL, p. 277.

F

Faure (J.L.). — « Sur un procédé nouveau d'hystérectomie totale abdominale : la section médiane de l'utérus », *Presse Méd.*, 1897, II, p. 237.

— « L'hystérectomie subtotale et l'hystérectomie totale », *La gynécologie*, 1908, XII, p. 32.

Fayot. — *Traitement chirurgical des prolapsus génitaux*, thèse de Paris, 1932.

Ferry. — « Cancer du col après hystérectomie subtotale », *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1930, p. 592. Rapport de R. Monod.

Ferrari (Alger). — « Le cancer du moignon cervical », *L'Algérie Médicale*, octobre 1929.

Fossati. — « Microbes du canal cervical dans les fibromes utérins et technique opératoire, études bactériologiques et observations cliniques », *Annali di ostetricia e gynecologia*, an XXXII, N° 9, septembre 1910.

Fredet. — Thèse de Paris, 1899.

G

Gayet. — « Deux cas de fistule urétéro-vaginale consécutive à l'hystérectomie », *Lyon Chir.*, N° 3, mai 1923.

Gosset (A.). — « Indications et technique de l'hystérectomie totale », *Journal de Chir.*, 1909, 15 juillet.

Gosset et **Milianitch.** — « Hystérectomie totale pour fibrome », *Ann. de médecine et de chirurgie*, t. I, N° 1, 1927-1928.

Gosset et Funck-Brentano. — « Résultats du traitement chirurgical des fibromes de l'utérus », *Techniques chirurgicales*, Paris, 1936.

— « La péritonite à colibacilles dans les suites des hystérectomies supra-vaginales pour fibromes », *Bull. et Mém. de l'Acad. de Chir.*, séance du 17 mars 1937.

Gouilloud. — « Hystérectomie totale pour fibrome », *Arch. prov. de chir.*, 1897, t. VI, p. 45.

Gudin. — « Nouveau procédé d'hystérectomie totale par section aseptique du vagin sans drainage vaginal », *Paris Médical*, 1919, t. XXXIII, p. 211.

H

Hartmann. — « Hystérectomie abdominale totale, sa technique opératoire, ses indications », *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1897, t. XLVIII, p. 14.

Henault. — « Péritonisation haute et drainage en gynécologie », *Journal belge de chir.*, t. XVIII, N° 5, mai 1910, p. 153.

Hertzler. — « Technic of abdominal hysterectomy », *Journal of American Medical Association*, Chicago, 1908, t. LI, p. 1563.

Heckenbach. — « Rétrécissement de l'uretère dans les affections gynécologiques », *Zeitschrift für Urologische Chirurgie*, t. XXXII, 30 avril 1931, p. 23.

Hirschmann. — « Prolapsus du rectum et du sigmoïde après hystérectomie », *The Journal of American Medical Association*, 1908, N° 14, 3 octobre.

I

Ikeda (Y et K). — « Deux cas de nécrobiose du col après hystérectomie subtotale pour fibrome », *Zentrablatt für Gynakologie*, t. LVII, N° 31, 5 août 1933.

— « Un cas de cancer du moignon après hystérectomie subtotale pour fibrome », *Même revue*, t. LVII, N° 35, 2 septembre 1933.

J

Jayle. — « Technique de l'hystérectomie totale », *Presse Médicale*, 1908, t. XVI, p. 17.

Jeanneney et Chavannaz (Bordeaux). — « L'épithélioma du col restant après hystérectomie subtotale ». Rapport de F. Cadenat, *Bul. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 17 mars 1926.

K

Kennedy. — « Reconstruction des ligaments du col, après hystérectomie totale », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. 20, N° 1, juillet 1930, p. 51.

L

Labey. — Rapport au Congrès de chirurgie de 1924 :
« Indications du traitement chirurgical des fibromyomes utérins ».

— « Technique de la subtotalé totalisée », *Journal de Chir.*, t. XXX, N° 5, mai 1932, p. 641.

Laborde (S.) et Roques (A.). — « Epithéliomas développés au niveau du col après hystérectomie subtotalé », *Bull. de l'Association Française pour l'étude du cancer*, t. XVI, N° 9, 1927.

Lecene. — « Prophylaxie de l'infection péritonéale opératoire en gynécologie », *Ann. de Gyn.*, t. XXXIX, 2^e série, t. IX, septembre 1913, p. 51.

— « Remarques sur le procédé de dédoublement du col dans les hystérectomies subtotalés décrit par Desmarest », *Journal de Chir.*, t. XXIX, p. 409.

Ledoux. — *Hystérectomie totale avec drainage*, thèse de Paris, 1925.

Lenormant et Leibovici. — « Les fistules urétéro-vaginales consécutives à l'hystérectomie », *Gynécologie et Obstétrique*, t. X, N° 4, 1924, p. 251.

Martin. — « Fibrome et prolapsus génital ». Réunion obstétricale et gynécologique de Toulouse, 7 mai 1912, in *Bulletins de la Société d'obstétrique et de Gyn. de Paris*, 1912, t. XV.

Mayo (Rochester). — « Cancer du moignon du col après hystérectomie subtotale », *Annales of surgery*, V. XCIII, N° 6, juin 1931.

Michel Bechet (Avignon). — « Le moment opératoire au cours des infections chirurgicales latentes », *Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, 1936, N° 3.

Molin et Condamin. — « De la vaccinothérapie pré-opératoire des fibromes utérins infectés », *Lyon Méd.*, an. LXIII, t. CXLVII, N° 11, 15 mars 1931.

Monod (R.). — « L'épithélioma du col après hystérectomie subtotale ». Rapport de Cadenat. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 7 juillet 1926.

— « L'épithélioma du col restant après hystérectomie subtotale pour fibrome », *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 7 mai 1930.

— « Endométriose du septum recto-vaginal consécutif à une hystérectomie subtotale avec conservation d'un ovaire », *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1932, p. 1500.

Morice (Caen). — « Recherches bactériologiques sur la septicité des fibromes ». Rapport d'Auvray. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 30 mars 1927.

Mosse et Doubière. — « L'occlusion post-opératoire précoce en gynécologie », *Gyn. et Obst.*, t. X, N° 3, septembre 1924.

Moure. — Discussion au Congrès de Chirurgie de 1924 à la suite du rapport de Labey.

- Discussion après le rapport d'Auvray, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 30 mars 1927.

P

- Pauchet.** — « Technique de l'hystérectomie totale », *Pratique chirurgicale illustrée*, fascicule V.
- Payne** (Norfolk). — « Prolapsus génital après hystérectomie totale », *Archives of Surgery*, t. XX, avril 1930, p. 636.
- Pelle.** — *Les rétrécissements de l'uretère pelvien chez la femme*, Thèse de Paris, 1930.
- Petit** (Niort). — « Section de l'uretère au cours d'opérations gynécologiques », *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, t. LI, N° 28, p. 910, 1925.
- Petrescu.** — « Quelques lésions de l'uretère consécutives aux opérations gynécologiques », *Journal d'Urol.*, t. XXV, N° 6, juin 1928.
- Phaneuf.** — « Prolapsus du Douglas ou enterocèle vaginale postérieure », *The American Journal of Obstetrics and gynecology*, t. IX, N° 4, avril 1925.
- Polak.** — « Advantages and technic of total hysterectomies », *Medical record of New-York*, 1920, t. XCVIII, p. 793.
- Polloson.** — « Hystérectomie totale abdominale avec colpoplexie », *Lyon Médical*, 1906.

R

Richelot. — « De la dégénérescence maligne du moignon cervical après hystérectomie subtotale pour fibrome », *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1904, t. XIX, p. 940.

Rochet (V.). — « Troubles de la fonction urétérale après certaines opérations gynécologiques », *Lyon Chir.*, t. XXI, N° 3, mai-juin 1924.

Rouffet. — « Iléus post-opératoires en gynécologie », *Bruxelles Médical*, avril 1936, p. 866.

Rouhier et Walther. — « Développement d'un épithélioma sur la cicatrice vaginale, 26 ans après, d'une hystérectomie totale », *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, séance du 11 avril 1934.

S

Salomon (Giessen). — « L'infection spontanée ou infection endogène en gynécologie », *Arch. fur Gynaekologie*, 1920, t. CXIV, f. 1, p. 105.

Schaeffer. — « Cancer du moignon du col restant après hystérectomie subtotale pour fibrome », *Zentrablatt fur Gynaekologie*, LVII, N° 35, p. 2068.

Schwartz. — « Les phlébites post-opératoires », *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 17 janvier 1934.

Séjournet. — « Critique et statistique des cancers du col restant après hystérectomie subtotale », *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, an. 24, N° 4, avril 1935, p. 278.

Sigwart (Berlin). — « Le contrôle bactériologique de l'asepsie opératoire dans les laparatomies pour affections gynécologiques », *Arch. für Gynaekologie*, t. XCIX, f2, 1913, p. 284.

V

Vanderzypen. — « L'occlusion post-opératoire précoce en gynécologie », *Bruxelles Médical*, 22 mars 1936, p. 800.

Villechaise. — « Hystérectomie totale par décollation antérieure », *Journal de Chir.*, t. XIX, p. 333.

W

Waldeyer. — « Deux cancers du col après hystérectomie subtotale pour fibrome », *Zentralblatt für Gynaekologie*, t. LVIII, N° 1, 6 janvier 1934, p. 35.

Wiart. — « Sur quelques points de la technique de l'hystérectomie abdominale totale pour fibrome ou salpingite », *Journal de Chir.*, t. XXXIII, N° 6, juin 1929.

Winter. — « Carcinome du moignon d'une hystérectomie supra-vaginale faite pour fibro-myome », *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie*, t. XXLX, N° 5, mai 1909.

Y

Yovanovitch. — *Indications, technique et résultats de l'iléostomie dans le traitement des occlusions intestinales post-opératoires*, thèse de Paris, 1937.

Z

Zampa (Bologne). — « L'épithélioma du moignon utérin après l'hystérectomie subtotale pour fibromyome : Contribution clinique », *Il policlinico* (sezion chirurgica) an. XXXVII, N° 9, 15 septembre 1930.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	17
Première partie :	
Septicité des fibromes	19
Vaccination pré-opératoire	39
Deuxième partie :	
Drainage et péritonisation dans les hystérectomies subtotales	41
Drainage déclive dans les hystérectomies totales	49
Péritonisation dans les hystérectomies totales	51
Cancer du col restant après hystérectomie ..	53
Troisième partie :	
Technique	67
Quatrième partie :	
Premier chapitre : Résultats	81
Deuxième chapitre : Observations	83
Conclusions	103
Bibliographie	105

Imp. F. BOISSEAU, Rue du Taur, 34 - TOULOUSE (France)

136

